

**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KETEPATAN BIDAN DALAM MENDIAGNOSIS RISIKO TINGGI
IBU BERSALIN YANG DIRUJUK KE RUMAHSAKIT
M ASHARI PEMALANG TAHUN 2002**



**Tesis
Untuk memenuhi sebagian persyaratan
mencapai derajat Sarjana S - 2**

**Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Konsentrasi Promosi Kesehatan**

**Aris Gunarta
E4 A 000 067**

**PROGRAM PASCA SARJANA
ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2003**

UPT-PUSTAK-UNDIP

TESIS

ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KETEPATAN BIDAN DALAM MENDIAGNOSIS RISIKO TINGGI IBU BERSALIN YANG DIRUJUK KE RUMAHSAKIT M ASHARI PEMALANG TAHUN 2002


Dipersiapkan dan disusun oleh
Aris Gunarta
E4A000067

Promosi Kesehatan

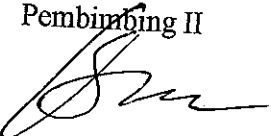
Telah dipertahan di depan Dewan Penguji
Pada tanggal 24 P3bruari 2003

Menyetujui
Dewan Penguji

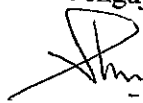
Pembimbing I


dr. Harbandinah Pietojo, SKM
NIP : 130 354 865

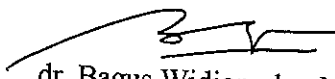
Pembimbing II


Dra. VG. Tinuk Istiarti, M. Kes
NIP : 131 764 483

Penguji


dr. Sudiro, MPH, Dr. PH
NIP : 131 252 965

Penguji


dr. Bagus Widjonarko, MPH
NIP : 131 962 236

Tesis ini telah diterima sebagai salah satu persyaratan
Untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan

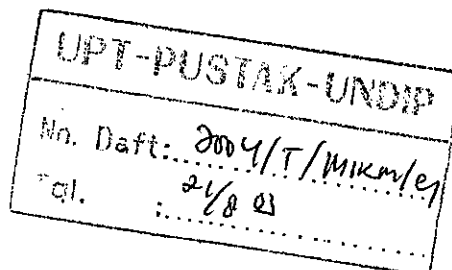


PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa tesis ini adalah hasil pekerjaan saya sendiri dan didalamnya tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penerbitan maupun yang belum/tidak diterbitkan, sumbernya dijelaskan di dalam tulisan dan daftar pustaka.

Semarang, 28 Pebruari 2003

Aris Gunarta



MOTTO

*"Allah kelak akan memberikan kelapangan sesudah kesempitan
(kesusahan)"*

(QS ath-Thalag 65 : 7)

*Saya berharap, saya selalu memiliki cukup keteguhan
dan cukup kebajikan
untuk memelihara gelar yang saya anggap paling mengagumkan,
yaitu watak sebagai orang jujur.*

George Washington

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

N a m a : ARIS GUNARTA, SKM

Tempat/tanggal lahir : Gunungkidul, 15 Maret 1967

A l a m a t : Griya Taman Asri, A-2 Nomor 19 Pemalang

A g a m a : Islam

Riwayat Pendidikan :

1. SDN Logandeng, Playen Gunungkidul, Yogyakarta, tahun 1980
2. SMPN Gading, Playen, Gunungkidul, Yogyakarta, tahun 1983
3. SMAN I Wonosari, Gunungkidul, Yogyakarta, tahun 1986
4. Diploma III pada Akademi Gizi Depkes RI Yogyakarta, tahun 1990
5. S-1 pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro, tahun 2001

Riwayat Pekerjaan :

1. Staf pada seksi Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Pemalang, tahun 1991 - 1999
2. Plt. Kasubsie Usila Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Pemalang, tahun 1999
3. Mengikuti tugas belajar S1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat UNDIP Semarang, tahun 1999 - 2001
4. Mengikuti tugas belajar pada Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat UNDIP tahun 2001 - 2003.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah yang Maha Kuasa atas rahmat dan hidayahNya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang merupakan salah satu syarat menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat (MIKM) pada Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro dengan judul ; “ ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KETEPATAN BIDAN DALAM MENDIAGNOSIS RISIKO TINGGI IBU BERSALIN YANG DIRUJUK KE RUMAHSAKIT M ASHARI PEMALANG TAHUN 2002”, dengan harapan dapat memberikan masukan untuk membantu mengatasi masalah pertolongan persalinan oleh bidan di Masyarakat.

Penulis menyadari sepenuhnya akan keterbatasan kemampuan dalam menyusun tesis ini, oleh karena itu tanpa bantuan dari berbagai pihak tidak mungkin tesis ini dapat penulis selesaikan. Untuk itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada Ibu dr. Harbandinah Pietojo, SKM selaku pembimbing I dan Ibu Dra. VG. Tinuk Istiarti, Mkes selaku pembimbing II yang telah memberikan arahan kepada penulis dengan penuh perhatian dan kesabaran. Ucapan terima kasih penulis sampaikan juga kepada :

1. Bapak dr. Sudiro, MPH, Dr. PH selaku ketua Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat (MIKM) pada Program Pascasarjana UNDIP.
2. Ibu dr. Harbandinah Pietojo, SKM Selaku ketua konsentrasi Promosi Kesehatan pada Program Studi MIKM UNDIP.
3. Bapak dr. Suseno Mardi Atmodjo, Mkes. Selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Pemalang.

4. Bapak dr. Brotoseno, MARS. Selaku Direktur Rumahsakit M. Ashari Pemalang.
5. Bapak dr. Pantjer Budhi Walujo, SpOG. Selaku Direktur Pusat Pelatihan Klinik Primer – Kesehatan Reproduksi (P2KP-KR) Pemalang.
6. Kantor Wilayah Departemen Kesehatan Propinsi Jawa Tengah/Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah melalui proyek HP-V yang telah memberikan bantuan beasiswa pendidikan.
7. Istri tercinta Susi Kusumawati dan anak-anak tercinta Yumna Nirmala Hapsari/Mohamad Yuflih Huda Maheswara serta semua anggota keluarga yang selalu memberikan dorongan dan semangat belajar.
8. Teman-teman di kampus maupun di kantor yang telah membantu dan memberikan semangat dan tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Dalam menyusun tesis ini tentunya masih ada kekurangan-kekurangan, oleh karena itu penulis mengharapkan adanya saran dan kritik membangun dari pembaca untuk perbaikan dan kesempurnaan tesis ini. Harapan penulis semoga tesis ini dapat bermanfaat.

Semarang, Pebruari 2003

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PERNYATAAN	iii
MOTTO	iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
ABSTRAK	xv

BAB I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	9
C. Tujuan	10
1. Tujuan Umum	10
2. Tujuan Khusus	10
D. Manfaat Penelitian	11
1. Bagi Pengelola Program	11
2. Bagi Rumahsakit	11
3. Bagi Peneliti	12
E. Ruang Lingkup	12
1. Lingkup Masalah	12
2. Lingkup Keilmuan	12
3. Lingkup Sasaran	12
4. Lingkup Lokasi	12
5. Lingkup Waktu	12
6. Keaslian Penelitian	13

BAB II. TINJAUAN PUSTAKA

A. Asuhan Persalinan Normal	16
B. Kompetensi Bidan	24
C. Pelayanan Kesehatan Rujukan	35
D. Peranan Tenaga, Sarana dan Pelatihan APN	41
E. Pengetahuan	43
F. Sikap	44
G. Diagnosis Risiko Tinggi Persalinan	51
H. Kerangka Teori	58

BAB III. METODOLOGI PENELITIAN

A. Kerangka Konsep	61
B. Hipotesis.....	63
C. Variabel Penelitian	64
D. Definisi Operasional	64
E. Jenis Penelitian	69
F. Populasi dan Sampel	70
G. Instrumen Penelitian	71
H. Proses Pengumpulan Data.....	71
I. Prosedur Penelitian	73
1. Tahap Persiapan	73
a. Administrasi dan Perijinan	73
b. Uji Validitas dan Reliabilitas	73
2. Tahap Pelaksanaan	81
3. Tahap Pengolahan Data	81
J. Analisa Data	82

BAB IV. HASIL PENELITIAN

A. Gambaran Umum.....	85
1. Gambaran Umum Kabupaten Pematang	85
2. Gambaran Umum Rumahsakit.....	88
B. Karakteristik Responden	95
1. Distribusi Responden Menurut Pendidikan	95
2. Distribusi Responden Menurut Kriteria Kepegawaian	95
3. Distribusi Responden Menurut Masa Kerja.....	96
4. Distribusi Responden Menurut Kompetensi	96
C. Distribusi Keuntungan Responden Berdasarkan Keikutsertaan Ibu Bersalin kedalam Program JPS-BK.....	97
D. Distribusi Pengetahuan Responden Tentang Pertolongan Persalinan.....	98
E. Distribusi Sikap Responden Terhadap Pertolongan Persalinan .	101
F. Distribusi Ketepatan Diagnosis Risiko Tinggi	104
G. Analisis Hubungan Antar Variabel	106
1. Hubungan Antara Pendidikan Responden dengan Ketepatan Diagnosis Risiko Tinggi	106
2. Hubungan Antara Kriteria Kepegawaian Responden dengan Ketepatan Diagnosis Risiko Tinggi	107
3. Hubungan Antara Masa Kerja Responden dengan Ketepatan Diagnosis Risiko Tinggi	110
4. Hubungan Antara Kompetensi dengan Ketepatan Diagnosis Risiko Tinggi	111
5. Hubungan Antara Keuntungan Responden dengan Ketepatan Diagnosis Risiko Tinggi	116

6. Hubungan Antara Pengetahuan dengan Ketepatan Diagnosis Risiko Tinggi	118
7. Hubungan Antara Sikap dengan Ketepatan Diagnosis Risiko Tinggi	120
H. Analisis Regresi Logistik	123

BAB V. PEMBAHASAN

A. Hubungan Antara Karakteristik Responden dengan Ketepatan Diagnosis Risiko Tinggi	127
1. Hubungan Antara Pendidikan Responden dengan Ketepatan Diagnosis Risiko Tinggi	127
2. Hubungan Antara Kriteria Kepegawaian dengan Ketepatan Diagnosis Risiko Tinggi	129
3. Hubungan Antara Masa Kerja Responden dengan Ketepatan Diagnosis Risiko Tinggi	130
4. Hubungan Antara Kompetensi dengan Ketepatan Diagnosis Risiko Tinggi	132
B. Hubungan Antara Keuntungan yang dirasakan Responden dengan Ketepatan Diagnosis Risiko Tinggi	135
C. Hubungan Antara Pengetahuan Responden dengan Ketepatan Diagnosis Risiko Tinggi	138
D. Hubungan Antara Sikap Responden dengan Ketepatan Diagnosis Risiko Tinggi	141
E. Analisis Multivariat	145

BAB VI. KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan	149
B. S a r a n	151
DAFTAR PUSTAKA	154

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1. Kisi-kisi pertanyaan pengetahuan.....	72
Tabel 3.2. Kisi-kisi pertanyaan sikap	72
Tabel 3.3.a. Hasil uji validitas variabel pengetahuan	75
Tabel 3.3.b. Hasil uji validitas variabel pengetahuan.....	77
Tabel 3.4.a. Hasil uji validitas variabel sikap	79
Tabel 3.4.b. Hasil uji validitas Variabel Sikap	80
Tabel 4.1. Komposisi Penduduk menurut Golongan Umur.....	85
Tabel 4.2. Distribusi bidan menurut Puskesmas	87
Tabel 4.3. Penampilan Kerja RSUD M Ashari Pematang tahun 1997-2001 .	93
Tabel 4.4. Data Maternal RSUD M Ashari Pematang tahun 1997-2001.....	94
Tabel 4.5. Distribusi Responden menurut Pendidikan.....	95
Tabel 4.6. Distribusi Responden menurut Kriteria Kepegawaian	96
Tabel 4.7. Distribusi Responden menurut Masa Kerja	96
Tabel 4.8. Distribusi Responden menurut Kompetensi.....	97
Tabel 4.9. Distribusi Responden menurut Keuntungan bidan	98
Tabel 4.10. Distribusi Tingkat Pengetahuan Responden	98
Tabel 4.11. Distribusi Jawaban Pengetahuan Tentang Persalinan	99
Tabel 4.12. Distribusi Tingkat Sikap Responden	102
Tabel 4.13. Distribusi Jawaban Sikap terhadap Persalinan.....	102
Tabel 4.14. Hubungan Antara Pendidikan Responden dengan Ketepatan Diagnosis Risiko Tinggi.....	106
Tabel 4.15. Hubungan Antara Kriteria Kepegawaian dengan Ketepatan Diagnosis Risiko Tinggi.....	108
Tabel 4.16. Hubungan Antara Masa Kerja dengan Ketepatan Diagnosis Risiko Tinggi.....	110
Tabel 4.17. Hubungan Antara Kompetensi dalam APN dengan Ketepatan Diagnosis Risiko Tinggi.....	112
Tabel 4.18. Hubungan Antara Keuntungan Berdasarkan Keikutsertaan	

Ibu Bersalin pada Program JPS-BK.....	116
Tabel 4.19. Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan dengan Ketepatan Diagnosis Risiko Tinggi.....	119
Tabel 4.20. Hubungan Antara Sikap dengan Ketepatan Diagnosis Risiko Tinggi.....	121
Tabel 4.21. Hasil Analisis Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Ketepatan Diagnosis Risiko Tinggi	123

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Skema Rujukan dan Jenjang Pelayanan Kebidanan	37
Gambar 2.2. Model Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	40
Gambar 2.3. Perilaku Kesehatan menurut Theory Of Plan Behavior	46
Gambar 2.4. Perilaku Kesehatan menurut Teori Health Belief Model dan Protection Motivation	47
Gambar 2.5. Perilaku menurut Social Learning Theory.....	49
Gambar 2.6. Model teori Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Kesehatan dari Lawrence Green	50
Gambar 2.7. Modifikasi Teori Fisbhein Ajzen, Rosenstock, Becker dan Green.....	60
Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian : Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Ketepatan Diagnosis Risiko Tinggi Ibu Bersalin	62

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Instrumen Pertanyaan
- Lampiran 2. Daftar Identitas Responden Bidan Berdasarkan Hasil Penelitian
- Lampiran 3. Daftar Rujukan Ibu Bersalin dan Ketepatan Diagnosis Risiko Tinggi
- Lampiran 4. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Variabel Pengetahuan dan Sikap
- Lampiran 5. Hasil Uji Bivariat
- Lampiran 6. Hasil Uji Multivariat

ABSTRAK

ARIS GUNARTA

**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KETEPATAN BIDAN
DALAM MENDIAGNOSIS RISIKO TINGGI IBU BERSALIN YANG DIRUJUK
KE RUMAHSAKIT M ASHARI PEMALANG**

xv + 153 halaman + 27 tabel + 8 gambar + 6 lampiran

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia relatif masih tinggi, yaitu sebesar 334 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1997. (Depkes RI, 2002). AKI di Kabupaten Pemalang menunjukkan 146 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2000. Penyebab utama kematian ibu antara lain perdarahan (67%), infeksi (18%) abortus (10%) dan toxemia (5%). Faktor yang mempengaruhi kematian ibu antara lain rendahnya derajat kesehatan dan kesiapan ibu untuk hamil, kurangnya pemeriksaan antenatal yang diperoleh serta kualitas pertolongan persalinan dan perawatan segera setelah persalinan yang kurang optimal. Disamping itu ketrampilan bidan dalam mencegah dan menangani masalah komplikasi obstetric masih kurang, sehingga bidan lebih menyukai merujuk ke Rumahsakit Kabupaten.

Hasil kasus rujukan bidan di Rumahsakit M Ashari Pemalang periode bulan Januari sampai bulan Mei 2002 terdapat 28,66% kasus fisiologis. Kasus tersebut semestinya bisa ditangani oleh bidan di desa tanpa melakukan rujukan. Untuk itu perlu dilakukan peninjauan terhadap faktor-faktor yang berhubungan dengan ketepatan bidan dalam mendiagnosis risiko tinggi ibu bersalin.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan ketepatan bidan dalam mendiagnosis risiko tinggi ibu bersalin yang dirujuk ke Rumahsakit. Jenis penelitian ini merupakan penelitian *Cross Sectional*. Sampel yang diambil adalah total populasi yang sebesar 56 bidan. Pengumpulan data dengan cara membagikan angket dan wawancara mendalam menggunakan kuesioner. Uji Hipotesis dilakukan dengan uji statistik Chi Square dan Regresi Logistik Berganda.

Hasil penelitian ini diperoleh bahwa 67,86% bidan tepat dalam menentukan diagnosis risiko tinggi ibu bersalin, sedangkan 32,14% bidan yang lainnya tidak tepat dalam menentukan diagnosis risiko tinggi ibu bersalin. Adapun proses persalinan pasien yang dirujuk ke Rumahsakit terdiri dari kasus partus fisiologis sebesar 19,64% dan kasus partus patologis sebesar 80,36%. Ditemukan ada hubungan bermakna antara ketepatan diagnosis risiko tinggi ibu bersalin dengan : masa kerja ($p=0,028$), kompetensi ($p=0,021$), pengetahuan ($p=0,037$) dan sikap ($p=0,049$) bidan dalam pertolongan persalinan. Tidak ada hubungan yang bermakna antara ketepatan diagnosis risiko tinggi ibu bersalin dengan : pendidikan ($p=0,964$), kriteria kepegawaian ($p=0,469$), dan keuntungan ($p=0,225$) bidan dalam pertolongan persalinan. Dengan uji regresi diperoleh faktor penentu ketepatan diagnosis risiko tinggi ibu bersalin adalah masa kerja dan kompetensi, dengan probabilitas diagnosis tepat adalah sebesar 75,68%.

Kata kunci : Ketepatan diagnosis bidan, ibu bersalin, risiko tinggi
Kepustakaan : 51 (1968 – 2002)

ABSTRACT

Aris Gunarta

Analysis of the Factors that Have Relationship with the Precision of Midwives in High-Risk Diagnosis of Mother's Childbirth who is referred to M. Ashari Hospital at Pemalang District
xv + 153 pages + 27 tables + 8 pictures + 6 enclosures

Maternal Mortality Rate (MMR) in Indonesia is still high. It was 334 per 100.000 life births in 1997 (Depkes RI, Safe Motherhood, 2002). The number of Maternal Mortality Rate at Pemalang district was 146 per 100.000 life births in 2001. The main causes of maternal mortality are the bleeding (67%), the infection (18%), the abortion (10%), and the toxemia (5%). The factors that influence to maternal mortality are the lower level of health and the readiness of the pregnant woman, improper antenatal care, and unoptimal in helping and taking care after childbirth process. Beside those the skill of midwives in prevention and problem solving of obstetric complication is not enough. Finally, midwives prefer to refer to District Hospital.

The Result of referral cases from midwives to M. Ashari Hospital at Pemalang District in January 2002 to May 2002 showed that the physiology childbirth cases was 28,66%. That case must be handled by midwives at village without doing referral. Therefore, it needs to see the factors that have relationship with the precision of midwives in high-risk diagnosis of mother's childbirth.

The research was to know the factors that had relationship with the precision of midwives in high-risk diagnosis of mother's childbirth that was referred to the hospital. This was observational research using *cross sectional* approach. The number of samples were 56 midwives. Collecting of the quantitative data used the questioners. Test of hypothesis used *Chi Square Test* and *Logistic Regression*.

The result of research shows that the percentage of midwives who are exact in determining of high-risk diagnosis of mother's childbirth is 67,86%. The percentage of midwives who are not exact in determining of high-risk diagnosis of mother's childbirth is 32,14%. The percentage of patients of childbirth process who are referred to the hospital is 19,64% (case of partus of physiologies), and 80,36% (case of partus of pathologies). The work period (p value=0,028), competency (p value=0,021), the knowledge (p value=0,037), and the attitude (p value=0,049) of midwives in helping of childbirth have significant relationship with the precision of high-risk diagnosis of mother's childbirth. The education (p value=0,964), criteria of human resources (p value=0,469), and the benefit (p value=0,115) of midwives in helping of childbirth have no significant relationship with the precision of high-risk diagnosis of mother's childbirth. Based on *Logistic Regression*, it is known that the determining factors of the precision of high-risk diagnosis of mother's childbirth are the work period and competency with the probability of diagnosis accurately is 75,68%. The work period and competency have significant relationship with the precision of high-risk diagnosis of mother's childbirth.

Key Words: Precision of Midwives Diagnosis, Mother's Childbirth and High Risk
Bibliography: 51 (1968-2002)

I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Indikator kesehatan yang paling peka menggambarkan tingkat kesehatan ibu dan anak adalah Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Disamping itu Angka Kematian Ibu merupakan tolok ukur untuk menilai keadaan pelayanan obstetrik di suatu negara. Bila AKI masih tinggi berarti sistem pelayanan obstetrik belum baik, sehingga memerlukan perbaikan. Sebaliknya bila AKI sudah rendah berarti sistem pelayanan obstetrik sudah mulai baik (Safe Motherhood, Dep Kes RI 2001).

Dibandingkan negara-negara berkembang lainnya, angka kematian ibu di Indonesia relatif tinggi, yaitu 334 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1997.. Pada akhir Pelita VI diharapkan angka tersebut menurun menjadi 225 per 100.000 kelahiran hidup. (Depkes RI, 2002). Angka kematian ibu mencerminkan resiko ibu selama kehamilan dan melahirkan yang dipengaruhi oleh keadaan kesehatan dan sosial ekonomi yang kurang baik selama kehamilan, kejadian berbagai komplikasi pada kehamilan, tersedianya fasilitas pelayanan kesehatan termasuk pelayanan prenatal dan kebidanan yang belum memadai. Masih sekitar 40 % persalinan di masyarakat pedesaan yang lebih memilih kepada dukun bayi daripada ke medis, merupakan faktor penyebab tingginya AKI karena deteksi resiko tinggi kurang dapat dikenali. Penyebab utama kematian ibu di Indonesia

adalah perdarahan (67 %), infeksi (18%), abortus (10%) dan toxemia (5%).
(Depkes RI 1996)

Adapun permasalahan kematian maternal yaitu ibu hamil, ibu bersalin dan ibu nifas disebabkan oleh 4 terlambat, yaitu terlambat mengenali resiko, terlambat mengambil keputusan dirujuk, terlambat sampai ketempat pelayanan dan terlambat penanganan. Disamping itu faktor yang mempengaruhi kematian ibu antara lain rendahnya derajat kesehatan dan kesiapan hamil, kurangnya pemeriksaan antenatal serta kualitas pertolongan persalinan yang kurang optimal.
(Dep Kes RI, 2002).

Angka kematian ibu di Kabupaten Pemalang masih cukup tinggi walaupun telah mengalami penurunan dari tahun ketahun, namun masih belum cukup bermakna. Jumlah kematian ibu bersalin sebesar 206 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1997, 159 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1998, 143 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1999, dan 146 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2000. (Safe Motherhood, Pemalang 2001).

Sehubungan dengan kasus kematian ibu bersalin, cakupan program KIA di Kabupaten Pemalang masih berada dibawah Target. Persentase cakupan kunjungan K1 sebesar 84,20% pada tahun 1988, 82,50% pada tahun 1999, 88,15% pada tahun 2000 dan 86,75% pada tahun 2001. Angka cakupan K1 masih belum memenuhi target sebesar 90%. Cakupan K1 menunjukkan keterjangkauan pelayanan antenatal, karena hasil cakupan K1 masih belum memenuhi target, sehingga dapat dikatakan bahwa keterjangkauan pelayanan antenatal belum baik.

Cakupan Kunjungan K4 sebesar 71.80% pada tahun 1998, 78.72% pada tahun 1999, 84.05% pada tahun 2000, dan sebesar 78,63% pada tahun 2001. Target Kunjungan K4 Kabupaten Pemalang sebesar 80 %. Cakupan K4 menggambarkan kesempatan untuk mendeteksi dan menangani resiko tinggi, sehingga dapat dikatakan bahwa kesempatan untuk mendeteksi dan menangani resiko tinggi di Kabupaten Pemalang belum baik Hasil cakupan deteksi resiko tinggi oleh tenaga kesehatan di Kabupaten Pemalang pada tahun 2001 sebesar 14,40 %, hasil cakupan ini terjadi penurunan dibandingkan hasil cakupan pada tahun 2000 sebesar 16,50%, tahun 1999 sebesar 18,40% dan pada tahun 1998 sebesar 18,20%. Target deteksi resiko tinggi oleh tenaga kesehatan sebesar 20%. (Dinkes Kab. Pemalang 2001).

Persalinan tenaga kesehatan mempunyai target 65%. Hasil persalinan oleh tenaga kesehatan pada tahun 2001 sebesar 62,50%, cakupan ini menurun jika dibandingkan dengan tahun sebelumnya yaitu tahun 2000 sebesar 64,45%, tahun 1999 sebesar 65,20 dan pada tahun 1998 sebesar 68,70%. Persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan menggambarkan besarnya persentase persalinan yang bersih dan aman, karena bila ibu mengalami komplikasi persalinan maka penanganannya atau pertolongan pertama pada rujukan dapat segera dilakukan (Dinkes Kab Pemalang, 2001).

Fasilitas rujukan skunder yaitu Rumahsakit Kabupaten, diperkirakan baru 30– 40% yang mempunyai tenaga ahli kebidanan dan kandungan. Belum semua Rumahsakit kabupaten yang telah mempunyai tenaga spesialis tersebut mampu

melakukan pelayanan obstetrik emergensi komprehensif secara purna waktu. Selain itu kendala geografis dilapangan mengakibatkan Rumahsakit rujukan tidak dapat dicapai dalam waktu 2 jam yaitu waktu maksimal yang diperlukan untuk menyelamatkan ibu yang mengalami perdarahan pasca persalinan. Masalah ketersediaan transportasi dan biaya juga masih merupakan kendala dalam upaya menyelamatkan ibu yang harus dirujuk ke Rumahsakit. Demikian juga dengan Puskesmas ruang rawat inap, yang mana pasien dan keluarga masih dipengaruhi oleh faktor sosiobudaya, ketidaktahuan dan ketidakpuasan terhadap pelayanan yang diberikan. (Dep Kes RI, 1999).

Menurut Rondiyah (1999), pengambilan keputusan menggambarkan proses yang digunakan untuk memilih suatu tindakan sebagai cara pemecahan masalah. Pengambilan keputusan tergantung situasi dan kondisi sehingga dibedakan menjadi keputusan terprogram dan keputusan tidak terprogram. Keputusan terprogram adalah keputusan yang diambil berdasarkan kebiasaan, masalah yang tidak rumit, unsur-unsur dapat ditentukan, diramalkan dan dianalisis misalnya kehamilan sampai proses persalinan tidak ada keluhan atau masalah, sehingga dapat diputuskan dan direncanakan tempat persalinan. Sebaliknya keputusan yang tidak terprogram adalah keputusan untuk menghadapi masalah yang unik sehingga memerlukan perlakuan yang khusus, misalnya terjadi persalinan yang bermasalah sehingga perlu diputuskan secara cepat untuk mendapatkan penanganan yang lengkap secara medis.

Komplikasi kehamilan/persalinan dan beresiko tinggi terjadi pada 15-20% ibu hamil. Namun belum semuanya terdeteksi secara dini, dan yang terdeteksi belum semuanya ditangani secara tepat waktu dan adekuat. Dengan terlambatnya deteksi dan penanganan keadaan yang mengancam kehidupan ibu dan janinnya, rendahnya persalinan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan (sekitar 40% pada tahun 1994), serta kurang siapnya Rumahsakit Kabupaten sebagai tempat rujukan skunder, maka resiko kematian ibu akan tetap mengancam (Dep Kes RI, 1998).

Kendala-kendala lambatnya penurunan Angka Kematian Ibu antara lain lemahnya manajemen program di Dati II yang mengakibatkan upaya strategis untuk menurunkan AKI belum dilaksanakan secara optimal, kurangnya sumberdaya dan lemahnya kinerja bidan dalam menolong persalinan. Berdasarkan peninjauan kebutuhan pelatihan yang dilakukan di Jawa Tengah dan di Jawa Timur pada bulan Juli 1997, ditemukan bahwa bidan-bidan pemberi pelayanan persalinan belum mempunyai ketrampilan pertolongan normal yang memadai yang dapat menjamin keselamatan ibu pada saat melahirkan (Depkes RI, 1999). Berdasarkan data rujukan ibu bersalin oleh bidan di Rumahsakit M Ashari Pemalang periode bulan Januari sampai dengan bulan Mei 2002, terdapat 45 (28,66%) kasus partus fisiologis dimana 8 kasus (17,78%) diantaranya disebabkan oleh ketidaktepatan diagnosis resiko tinggi. Untuk itu, sebagai salah satu upaya jalan keluar dari tingginya AKI adalah dengan meningkatkan ketrampilan para penolong persalinan khususnya bidan.

Pelaksanaan Gerakan Sayang Ibu (GSI) di Kabupaten Pemalang terdapat prioritas masalah didalam upaya menurunkan angka kematian ibu sehubungan terjadinya keterlambatan yang menjadi penyebab tingginya AKI tersebut yaitu :

1. Sistem informasi dan pemantauan ibu hamil resiko tinggi yang berkaitan dengan AKI belum berjalan lancar.
2. Pencatatan dan pelaporan kematian ibu untuk tingkat desa oleh para kaur Kesra yang belum akurat, hal ini disebabkan karena mereka belum dapat mengenali atau memisahkan kematian ibu dari kematian umum.
3. Pengadaan dana untuk mensukseskan gerakan sayang ibu terutama untuk membiayai rujukan ibu hamil risiko tinggi dari keluarga yang tidak mampu masih sangat terbatas.
4. Sikap, pengetahuan dan ketrampilan bidan terutama bidan di desa dalam hal kegawat daruratan di bidang obstetri emergensi dasar masih belum memadai, hal ini ditambah dengan belum adanya prosedur tetap penanganan obstetri neonatal emergensi dasar di tingkat desa dan di puskesmas, sehingga masih dijumpai ketidaktepatan bidan dalam mendiagnosis kegawatan obsterik ibu bersalin.
5. Pelayanan RSUD M Ashari dalam obstetri essensial belum dilakukan secara terpadu dan paripurna, hal ini ditandai dengan belum adanya dokter ahli anestesi serta kekurangan peralatan/fasilitas pendukung penanganan obstetri esensial.

6. Penyebab kematian ibu di RSUD. M Ashari terbesar (66,7%) adalah karena perdarahan (G S I Kabupaten Pemalang 2001).

Dari beberapa faktor penyebab kematian ibu di kabupaten Pemalang (RSU M. Ashari) , sebagai penyebab langsung antara lain : perdarahan pasca persalinan, eklamsi, sepsis dan komplikasi dari keguguran. Penyebab kematian ini sebagian besar dapat dicegah, karena di negara-negara dengan angka kematian ibu yang rendah penyebab kematian ini tidak didapatkan lagi.

Sebagai upaya pencegahan, RSUD M. Ashari pernah mengadakan pelatihan LSS (Life Saving Skill), pelatihan 3 bersih, PONED/PONEK (Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Dasar/Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Komprehensif), akan tetapi angka kematian maternal masih tetap tinggi. Oleh karenanya, RSUD . M Ashari bekerja sama dengan P2KP (Pusat Pelatihan Klinik Primer) menyelenggarakan pelatihan Asuhan Normal bagi bidan. Pelatihan ini dikembangkan untuk Departemen Kesehatan oleh Jaringan Nasional Pelatihan Klinik Kesehatan Reproduksi (JNPK-KR) dengan pengawasan secara teknis oleh JHPIEGO (*John Hopkins Primary International Educational on Goverment organization*). Fokus pelatihan ini adalah untuk mencegah terjadinya komplikasi khususnya perdarahan post partum, asfiksia pada bayi baru lahir dan hipotermia dengan asuhan persalinan yang baik.

Pusat Pelatihan Klinik Primer (P2KP) adalah komponen fungsional dasar pelatihan yang berfungsi memberikan pelatihan keterampilan klinik

untuk petugas pelayanan (provider). P2KP Kabupaten pemalang merupakan satu-satunya Pusat Pelatihan Klinik Primer yang ada di Jawa Tengah yang mendapatkan akreditasi oleh Tim JNPK-KR (Jaringan Nasional Pelatihan Klinik Kesehatan Reproduksi) sehingga dinyatakan mampu/layak mengadakan pelatihan ketrampilan klinik tingkat Nasional.

Sampai dengan tahun 2001, dari 227 bidan yang ada di Kabupaten Pemalang 189 diantaranya sudah dilatih Pelatihan Asuhan Persalinan Normal, yang merupakan pelatihan berbasis kompetensi. Dari 189 peserta latih, 82,1 % dinyatakan kompeten dan 7,9 % dinyatakan tidak kompeten.

Jumlah kasus rujukan ibu bersalin (resiko tinggi persalinan) oleh bidan desa ke Rumah sakit M. Ashari Pemalang periode bulan Januari sampai dengan bulan Mei 2002 sejumlah 157 kasus. Dari seluruh kasus rujukan tersebut yang berupa partus patologis di Rumahsakit sebesar 112 ibu (71,34%). Sedangkan yang melalui proses persalinan secara spontan/normal sebesar 45 ibu (28,66%), 26 kasus (57,78%) merupakan partus fisiologis/partus normal yang dirujuk oleh bidan yang belum mengikuti pelatihan Asuhan Persalinan Normal (APN), sedangkan sebanyak 19 kasus (42,22%) partus normal yang dirujuk oleh bidan yang sudah mengikuti Asuhan Persalinan Normal. Dengan dirujuknya kasus partus fisiologis ke Rumahsakit ini, maka dapat mengurangi animo masyarakat untuk partus kepada bidan dan kembali minta pertolongan kepada dukun bayi. Sehingga resiko kematian akan kembali mengancam.

Atas dasar hal tersebut diatas, ternyata masih terjadi rujukan kasus persalinan yang seharusnya bisa ditangani bidan tanpa harus merujuk ke Rumahsakit M Ashari Pemalang. Untuk itu kiranya perlu dilakukan penelitian untuk mencoba menjawab faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan ketepatan bidan dalam mendiagnosis resiko tinggi ibu bersalin yang di rujuk ke Rumahsakit M Ashari Pemalang.

B. Perumusan Masalah

Hasil rujukan ibu bersalin resiko tinggi oleh bidan ke Rumah Sakit M. Ashari Pemalang periode bulan Januari 2002 sampai dengan bulan Mei 2002, sebesar 157 kasus. Pada proses persalinan di Rumahsakit, ternyata 45 ibu bersalin (28,66%) diantaranya bisa dilahirkan secara seponstan/fisiologis. Bidan desa sebelum ditugaskan kemasyarakat tentu saja sudah dibekali dengan ketrampilan memberikan pelayanan kebidanan termasuk menolong persalinan normal. Disamping itu selama bertugas bidan masih diberikan pelatihan-pelatihan yang bertujuan untuk meningkatkan ketrampilan dalam menolong persalinan normal. Namun demikian, masih terdapat kasus persalinan normal di Rumahsakit terhadap pasien ibu bersalin yang dirujuk oleh bidan di desa.

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan sebelumnya, maka ada beberapa faktor penting yang perlu mendapat perhatian kaitannya dengan ketepatan diagnosis resiko tinggi ibu bersalin. Beberapa faktor tersebut antara lain karakteristik (pendidikan bidan, kriteria kepegawaian, masa kerja, kompetensi),

keuntungan, pengetahuan dan sikap bidan terhadap pertolongan klinis persalinan. Faktor-faktor tersebut diperkirakan berhubungan dengan ketepatan diagnosis resiko tinggi ibu bersalin oleh bidan di masyarakat.

Untuk itu perumusan masalah yang dikemukakan adalah apakah ada hubungan antara pendidikan, jenis kepegawaian, masa kerja, kompetensi, keuntungan, pengetahuan dan sikap bidan terhadap pertolongan klinis persalinan dengan ketepatan diagnosis resiko tinggi ibu bersalin yang dirujuk ke Rumahsakit M Ashari Pemalang.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan ketepatan bidan dalam mendiagnosis risiko tinggi ibu bersalin yang dirujuk ke Rumahsakit.

2. Tujuan Khusus

- 2.1. Mengidentifikasi karakteristik (pendidikan, kriteria kepegawaian, masa kerja, dan kompetensi), keuntungan, pengetahuan dan sikap bidan didalam pertolongan klinis persalinan.
- 2.2. Mengidentifikasi ketepatan bidan dalam mendiagnosis resiko tinggi ibu bersalin yang dirujuk ke Rumahsakit.

- 2.3. Menganalisis hubungan karakteristik, keuntungan, pengetahuan dan sikap bidan dengan ketepatan diagnosis resiko tinggi ibu bersalin yang dirujuk ke Rumahsakit.
- 2.4. Menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan ketepatan diagnosis resiko tinggi ibu bersalin yang dirujuk ke Rumahsakit secara bersama-sama.
- 2.5. Menganalisis faktor yang paling dominan yang berhubungan dengan ketepatan diagnosis resiko tinggi ibu bersalin yang dirujuk ke Rumahsakit .

D. Manfaat Penelitian

a. Bagi Pengelola Program KIA Dinas Kesehatan :

Hasil penelitian ini dapat dipakai sebagai bahan pertimbangan oleh pengelola program KIA di Dinas Kesehatan dalam menyusun rencana evaluasi pertolongan klinis persalinan, dengan meningkatkan dan memperbaiki kemampuan bidan dalam pelayanan pertolongan klinis persalinan di masyarakat.

b. Bagi Rumahsakit :

Mengurangi beban kerja Rumahsakit, karena pertolongan persalinan normal sebetulnya dapat dilakukan oleh bidan dimasyarakat tanpa harus melakukan rujukan ke Rumahsakit.

c. Bagi Peneliti :

Dapat menambah pengalaman dalam mengkaji suatu permasalahan secara ilmiah dengan dasar teori yang pernah diperoleh dalam proses pendidikan sebagai bekal pengetahuan dalam bekerja di masyarakat.

E. Ruang Lingkup

a. Lingkup Masalah

Masalah dibatasi pada faktor karakteristik (pendidikan, kriteria kepegawaian, masa kerja, kompetensi), keuntungan, pengetahuan, dan sikap bidan dalam melakukan pertolongan klinis persalinan.

b. Lingkup keilmuan

Bidang kesehatan masyarakat, khususnya yang berkaitan dengan pertolongan klinis persalinan.

c. Lingkup sasaran

Sasaran penelitian adalah provider (bidan dan dokter Kebidanan institusi Rumah Sakit M Ashari, dan bidan yang melakukan rujukan) serta kepada ibu bersalin dan keluarga sebagai pelengkap penggalan informasi penelitian.

d. Lingkup Lokasi

Lokasi Penelitian dilaksanakan di Rumah Sakit M Ashari Pemalang, domisili bidan juga di tempat tinggal pasien.

e. Lingkup waktu

Penelitian dilaksanakan pada bulan Oktober – Nopember, tahun 2002.

f. Keaslian Penelitian.

Penelitian berjudul Analisis faktor yang berhubungan dengan ketepatan bidan dalam mendiagnosis resiko tinggi ibu bersalin yang dirujuk ke Rumahsakit M Ashari Pemalang, sepengetahuan penulis belum pernah ada yang melakukan penelitian.

Namun demikian ada penelitian yang sejenis, diantaranya adalah :

- 1). Pola pengambilan keputusan keluarga dan penolong persalinan dalam memutuskan merujuk ibu bersalin ke Rumahsakit pada kasus kematian ibu bersalin di Kabupaten Semarang tahun 2000, oleh Rini Susilowati 20001. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pola pengambilan keputusan keluarga dan penolong persalinan dalam memutuskan merujuk ibu bersalin ke Rumah sakit pada kasus kematian ibu bersalin di Semarang tahun 2001. Hasil temuannya menunjukkan bahwa suami sangat dominan dalam pengambilan keputusan rumahtangga sehari-hari. Adapun saat menghadapi masalah medis persalinan seperti merujuk ibu bersalin ke Rumahsakit masih diperlukan adanya musyawarah keluarga.
- 2). Hubungan Pelatihan Asuhan Persalinan Dasar bagi bidan dengan kasus rujukan di Rumahsakit M Ashari Pemalang, oleh Brotoseno tahun 2000, yang bertujuan mengkaji pelatihan Asuhan Persalinan Dasar bagi bidan Kabupaten Pemalang di Rumahsakit M Ashari Pemalang. Hasil yang didapat dalam penelitian secara statistik tidak ada hubungan yang bermakna antara pelatihan Asuhan Persalinan Dasar dengan kasus

rujukan bidan di Rumahsakit M Ashari Pematang. Sedangkan hubungan antara rujukan kasus partus fisiologis dengan pelatihan Asuhan Persalinan Dasar terdapat hubungan yang bermakna.

- 3). Peran Suami dan anggota keluarga lain dalam keputusan perujukan persalinan oleh Rondiyah 1999, dengan tujuan untuk mengetahui peran suami dan anggota keluarga yang lain dalam keputusan merujuk ibu bersalin di Rumahsakit. Hasil penelitian yang diperoleh suami atau keluarga dalam merujuk ibu kerumahsakit baru 50% yang mempunyai tindakan yang tepat yaitu langsung membawa atau memutuskan ke Rumahsakit Dr. Kariadi. Faktor-faktor penghambat dalam merujuk antara lain karena menunggu suami atau keluarga untuk mengantar ke Rumahsakit. Tenaga medis berusaha semaksimal mungkin dengan cara melakukan pemeriksaan pasien, diinfus, maupun disuntik, sedangkan untuk pasien yang dianggap gawat langsung dirujuk ke Rs Dr. Kariadi.
- 4). Persepsi perilaku ibu hamil dan masyarakat terhadap resiko kehamilan-persalinan di Kabupaten Purworejo, oleh Ismail Joko Sutresno tahun 1997. Tujuan penelitian tersebut untuk mengidentifikasi perilaku ibu hamil dan masyarakat terhadap resiko kehamilan dan persalinan. Hasil penelitian mengemukakan bahwa suami, orang tua, dan mertua adalah anggota kelompok referensi yang paling sering memberikan anjuran memilih tenaga penolong persalinan, meskipun sebagian besar ibu tidak memerlukan kelompok referensi untuk membuat keputusan tersebut.

Sebagian besar ibu senang melahirkan dirumah dengan alasan tenang, aman, ditunggu keluarga dan murah. Mahalnya biaya persalinan menyebabkan ibu-ibu cenderung untuk memilih persalinan ditolong oleh dukun bayi.

Adapun alasan penelitian ini dilakukan adalah untuk menganalisis sisi lain mengenai hubungan karakteristik, keuntungan, pengetahuan dan sikap bidan terhadap pertolongan klinis persalinan dengan ketepatan diagnosis ibu bersalin yang dirujuk ke Rumahsakit M Ashari Pematang.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Asuhan Persalinan Normal (APN)

Berdasarkan data yang diambil dari DPTNA (*Distric Performance and training needs Assesment for esentiale obstetric care/kebutuhan Pelatihan Tingkat Kabupaten*) menunjukkan bahwa pertolongan persalinan di rumah sakit 68% adalah persalinan normal, 13% vakum, 1% forsep, dan 17% bedah caesar. (Depkes, POGI, IBI, JKPIEGO 1998).

Dari hasil temuan DPTNA tersebut menunjukkan ketrampilan dan pengetahuan bidan dalam pelayanan dan pertolongan ibu hamil/ persalinan masih kurang. Disamping itu bidan lebih menyukai merujuk ke rumah sakit kabupaten karena kurangnya ketrampilan bidan dalam mencegah dan menangani masalah komplikasi obstetri (DPTNA). Padahal keberhasilan GSI di rumah sakit sangat dipengaruhi oleh peningkatan ketrampilan bidan yang merujuk dan penatakkaksanaan di rumah sakit.

Atas pertimbangan tersebut diatas maka diadakan pelatihan-pelatihan bagi bidan yang bertujuan untuk meningkatkan seluruh potensi yang ada secara terpadu guna mengupayakan penurunan AKI. Paket pelatihan yang saat ini dikembangkan adalah Asuhan Persalinan Normal (APN).

Pelatihan Asuhan Persalinan Normal (APN) adalah pelatihan berdasarkan kompetensi, perlunya kasus yang cukup banyak sehingga setiap peserta dapat mengelola minimal 2 kasus persalinan selama periode pelatihan. Pelatihan ini dikembangkan untuk Departemen Kesehatan oleh Jaringan Nasional Pelatihan Klinik Kesehatan Reproduksi (JNPK-KR) dengan pengawasan secara teknis oleh JHPIEGO (*John Hopkins Priemery International Education on Govermental Organisation*). Pelatihan ini dirancang untuk menolong para bidan di desa menjadi pemberi pelayanan dasar kebidanan yang lebih efektif. Dibuat berdasarkan pengalaman peserta dan memanfaatkan motivasi peserta yang tinggi untuk menyelesaikan tugas belajar dalam waktu sesingkat mungkin. Fokus pelatihan adalah ketrampilan. Sedangkan evaluasi dilakukan terhadap kompetensi kinerja.

Pelatihan Asuhan Persalinan Normal selama tujuh hari dirancang untuk menyiapkan tenaga kesehatan lini terdepan agar mampu melakukan penapisan kehamilan resiko tinggi, pertolongan persalinan normal dan penanganan awal penyulit persalinan beserta rujukannya. (Dep Kes RI-JNPK-KR,2001)

Tujuan utama pelatihan adalah :

Untuk meningkatkan ketrampilan pelayanan persalinan normal dan penanganan awal penyulit beserta rujukan yang berkualitas dan sesuai dengan prosedur standar.

Pada akhir pelatihan diharapkan dapat :

1. Memberikan pelayanan yang ramah, aman dan penuh kekeluargaan yang meliputi aspek-aspek :
 - a) Pendekatan pelayanan berdasarkan pemecahan masalah
 - b) Penerapan konsep sayang ibu
 - c) Memenuhi syarat pencegahan infeksi
 - d) Pencatatan/ dokumentasi
 - e) Rujukan (jika diperlukan)
2. Melakukan penatalaksanaan persalinan fisiologis kala satu, menggunakan partograf, mengidentifikasi dan memberikan penanganan awal penyulit serta persiapan rujukan
3. Melakukan penatalaksanaan persalinan fisiologis kala II, mengidentifikasi dan memberi penanganan awal penyulit serta persiapan rujukan
4. Melakukan penatalaksanaan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, mengidentifikasi dan memberikan penanganan awal penyulit serta persiapan rujukan
5. Melakukan penatalaksanaan manajemen aktif kala tiga dan pelayanan kala empat serta mengidentifikasi penyulit, penanganan awal, persiapan rujukan.

Metode mengajar/ belajar pada pelatihan ini adalah sebagai berikut :

1. Kuliah ilustratif
2. Diskusi

3. Exercise, individu dan kelompok
4. Permainan peran
5. Studi kasus
6. Praktek simulasi menggunakan model
7. Praktek klinik dengan bimbingan

Bahan ajaran meliputi :

1. Buku acuan : Pelayanan Dasar Kebidanan
2. Buku Panduan Pelatihan : Panduan peserta dan pelatih
3. Audio visual Aids : Slide, Video
4. Model anatomik, peralatan klinik

Peserta pelatihan adalah tenaga kesehatan pemberi pelayanan dasar kebidanan (bidan di desa/ bidan puskesmas). Pelatihan dilakukan selama tujuh hari yang terbagi dalam kegiatan kelas dan kegiatan klinik. Dengan komposisi pelatihan meliputi 10 orang peserta dengan 3 pelatih klinik.

Metode evaluasi peserta dengan memberikan kuesioner pada awal dan tengah pelatihan serta dari penuntun belajar dan daftar tilik penilaian ketrampilan. Kemudian dilakukan evaluasi terhadap pelaksanaan pelatihan secara keseluruhan.

Pelatihan yang telah memenuhi persyaratan pelatihan dalam hal ketrampilan dan praktek dinyatakan dalam suatu kualifikasi oleh organisasi pelatihan.

Kualifikasi dinyatakan berdasarkan pencapaian peserta dalam dua area, yaitu:

1. Ketrampilan – melatih menggunakan daftar tilik penilaian ketrampilan untuk menilai kinerja setiap peserta selama pelatihan. Penilaian ketrampilan dari setiap peserta dinilai pada saat praktek memberikan pelayanan selama pelatihan. Peserta harus mendapat nilai rata-rata “memuaskan” untuk dinyatakan telah memenuhi syarat.
2. Praktek – pelatih klinik bertanggung jawab untuk mengamati kinerja setiap peserta selama pelatihan. Pengamatan yang dilakukan meliputi sikap peserta selama pelatihan. Pengamatan yang dilakukan meliputi sikap peserta selama memberikan pelayanan karena hal ini merupakan komponen utama dari pelayanan yang berkualitas. Hanya dengan cara ini pelatih klinik dapat menilai sejauh mana kemampuan peserta mempraktekkan apa yang telah dipelajarinya selama pelatihan.

Tanggung jawab belajar merupakan tanggung jawab bersama antara pelatih dan peserta.

Materi utama yang merupakan fokus pelatihan APN ini adalah untuk mencegah terjadinya komplikasi khususnya perdarahan postpartum, asfiksia bayi baru lahir dan hipotermi dengan asuhan persalinan yang baik (Pusat Pelatihan Klinik Kesehatan Reproduksi/ P2KP-KR, Pematang).

Fokus ini merupakan pergeseran paradigma dari kebiasaan menunggu (pasif) menjadi proaktif berupaya mencegah terjadinya

komplikasi tersebut. Pendekatan ini sangat penting untuk menurunkan angka kematian ibu karena sebagian besar persalinan di Indonesia masih terjadi di rumah-rumah, sehingga akan terlambat dalam penanganan apabila terjadi komplikasi obstetri. Sebagai gantinya diupayakan melakukan pelatihan pada bidan di desa untuk mencegah dan mendeteksi dini kemungkinan terjadinya komplikasi.

Ketrampilan klinik dalam Asuhan Persalinan Normal dapat dipakai sebagai standar asuhan persalinan 'untuk persalinan normal'. Penolong persalinan dapat seorang bidan di rumah-rumah ataupun sebuah tim yang terdiri dari dokter dan bidan yang bekerja di rumah sakit. Yang penting adalah bahwa seluruh tahapan dapat dikerjakan sesuai standar asuhan persalinan normal. Hal tersebut bertujuan agar ibu dan bayi berada dalam kondisi sehat dengan sesedikit mungkin intervensi namun tetap menjaga keamanan proses persalinan tersebut.

Aspek pencegahan pada pelatihan ini meliputi :

- a. Menghindari tindakan-tindakan yang tidak perlu yang justru dapat memperlambat kemajuan persalinan, meningkatkan angka kejadian infeksi, kejadian perdarahan, menyebabkan/memperburuk kejadian asfiksi pada bayi baru dan hipotermi seperti : menganjurkan ibu dalam persalinan untuk berbaring terlentang pada punggungnya, melakukan kateterisasi urin secara rutin, episiotomi secara rutin, penghisapan lendir yang dalam pada bayi baru lahir dan tidak segera memandikan bayi setelah persalinan.

- b. Penatalaksanaan Aktif kala III untuk membantu lahirnya plasenta dan menjaga kontraksi uterus tetap baik dengan melakukan pemberian oksitosin, penegangan tali pusat terkendali dan masase fundus uterus setelah plasenta lahir.
- c. Melakukan pemantauan fundus uteri dan masase fundus uteri selama dua jam pertama setelah persalinan untuk memastikan kontraksi uterus tetap baik dan meminimalkan terjadinya perdarahan.
- d. Penatalaksanaan segera atonia uteri dengan melakukan kompresi bimanual untuk merangsang kontraksi uterus, menurunkan jumlah darah yang keluar dan mencegah terjadinya perdarahan serta syok pasca persalinan.
- e. Perangsangan taktil, pengeringan dan penghangatan segera pada bayi baru lahir untuk membantu merangsang usaha nafas dan mencegah hipotermi.

Di dalam Asuhan Persalinan Normal terdapat 5 (lima) aspek – disebut **Lima benang merah**, yang perlu mendapatkan perhatian, yaitu :

a). Aspek pemecahan masalah

Aspek pemecahan masalah ini dipergunakan untuk menentukan pengambilan keputusan klinik. Proses pengambilan keputusan klinik mempunyai 4 langkah :

1. Pengumpulan data yang meliputi data subyektif dan data obyektif
2. Diagnosis
3. Rencana dan penatalaksanaan
4. Evaluasi efektifitas penatalaksanaan

b). Aspek Sayang Ibu

Asuhan sayang ibu meliputi selama proses persalinan dan pada masa postpartum.

c). Aspek Pencegahan Infeksi

Tujuan pencegahan infeksi adalah untuk mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi dan memberikan perlindungan baik terhadap pasien maupun penolong persalinan.

d). Aspek Pencatatan

Pencatatan asuhan persalinan menggunakan partograph yang juga berfungsi sebagai panduan untuk bidan mengenai proses perjalanan persalinan dan peringatan untuk segera merujuk.

e). Aspek Rujukan

Hal-hal yang penting untuk diingat saat akan memberangkatkan ibu untuk dirujuk adalah BAKSOKU :

B (Bidan) ; jika mungkin pasien ditemani oleh seorang bidan atau petugas kesehatan lainnya yang mempunyai kemampuan untuk memberi penatalaksanaan awal kedaruratan obstetri dan bayi baru lahir

A (Alat) ; tersedia alat untuk pertolongan persalinan bila ibu melahirkan saat diperjalanan ke tempat rujukan.

K (Keluarga) ; beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan mengapa ibu perlu dirujuk.

S (Surat) ; walaupun ditemani oleh bidan/petugas kesehatan, adalah sangat dianjurkan untuk melampirkan surat yang menyatakan identitas pasien, penyebab rujukan/terapi yang telah diberikan termasuk partograph

O (Obat) ; persiapkan obat-obatan yang dibutuhkan untuk menangani kegawatdaruratan yang mungkin terjadi selama perjalanan ke tempat rujukan.

K (Kendaraan) ; siapkan kendaraan yang paling memungkinkan ibu dirujuk dalam kondisi yang nyaman, disamping kondisi kendaraan tersebut juga cukup baik untuk sampai ke tempat tujuan pada tepat waktu.

U (Uang) ; Ingatkan pada keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan dan kebutuhan lainnya (*P2KP-KR Kabupaten Pemalang, Pelatihan Asuhan Persalinan Dasar, April 1999*)

B. Kompetensi Bidan

Berdasarkan Permenkes nomor 572 tahun 1996 tentang Registrasi dan praktek bidan, peran, fungsi dan kompetensi yang ada didalam kurikulum D-III Kebidanan, serta memperhatikan draft ke IV kompetensi inti bidan yang disusun oleh ICM tahun 1999, maka peran, fungsi dan kompetensi inti bidan dapat diuraikan sebagai berikut :

Kompetensi ke-1 :

Bidan mempunyai persyaratan pengetahuan dan ketrampilan dari ilmu-ilmu sosial, kesehatan masyarakat dan etik yang membentuk dasar dari asuhan yang bermutu tinggi sesuai dengan budaya, untuk wanita, bayi baru lahir dan keluarga.

Pengetahuan Dasar dan Ketrampilan Dasar meliputi :

1. Kebudayaan dasar masyarakat Indonesia.
2. Keuntungan dan kerugian praktek kesehatan tradisional modern.
3. Sarana, tanda bahaya serta transportasi kegawatdaruratan bagi anggota masyarakat yang sakit yang membutuhkan asuhan tambahan.
4. Penyebab langsung maupun tidak langsung kematian dan kesakitan ibu dan bayi di masyarakat.
5. Advokasi dan strategi pemberdayaan wanita dalam mempromosikan hak-haknya yang diperlukan untuk mencapai kesehatan yang optimal. (kesetaraan dalam memperoleh pelayanan kebidanan).
6. Keuntungan dan resiko dari tatanan tempat bersalin yang tersedia.
7. Advokasi bagi wanita agar bersalin dengan aman.
8. Standar profesi dan praktek kebidanan.

Pengetahuan dan Ketrampilan Tambahan, meliputi :

1. Epidemiologi, sanitasi, diagnosa masyarakat dan vital statistik.
2. Infrastruktur kesehatan setempat dan nasional, serta bagaimana mengakses sumberdaya yang dibutuhkan untuk asuhan kebidanan.
3. *Primary Health Care* (PHC) berbasis di masyarakat dengan menggunakan promosi kesehatan serta strategi pencegahan penyakit.
4. Program immunisasi nasional dan akses untuk pelayanan immunisasi.

Perilaku Profesi Bidan, meliputi :

1. Berpegang teguh pada filosofi, etika profesi dan aspek legal.
2. Bertanggung jawab dan mempertanggungjawabkan keputusan klinis yang diputuskan.
3. Senantiasa mengikuti perkembangan pengetahuan dan ketrampilan mutakhir.
4. Menggunakan cara pencegahan universal untuk penularan penyakit dan strategi pengendalian infeksi.

5. Melakukan konsultasi dan rujukan yang tepat dalam memberikan asuhan kebidanan.
6. Menghargai budaya setempat sehubungan dengan praktek kesehatan, kehamilan, kelahiran, periode pasca kelahiran, bayi baru lahir dan anak.
7. Menggunakan model kemitraan dalam bekerja sama dengan kaum wanita/ibu agar mereka dapat menentukan pilihan yang telah diinformasikan tentang semua aspek asuhan, meminta persetujuan secara tertulis supaya mereka bertanggungjawab atas kesehatannya sendiri.
8. Menggunakan ketrampilan mendengar dan memfasilitasi.
9. Bekerjasama dengan petugas kesehatan lain untuk meningkatkan pelayanan kesehatan kepada ibu dan keluarga.

Pra Konsepsi, KB, dan Ginekologi

Kompetensi ke-2 :

Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, pendidikan kesehatan yang tanggap terhadap budaya dan pelayanan menyeluruh di masyarakat dalam rangka untuk meningkatkan kehidupan keluarga yang sehat, perencanaan kehamilan dan kesiapan menjadi orang tua.

Pengetahuan Dasar, meliputi :

1. Pertumbuhan dan perkembangan seksualitas dan aktifitas seksual.
2. Anatomi dan fisiologi pria dan wanita yang berhubungan dengan konsepsi dan reproduksi.
3. Norma dan praktek budaya dalam kehidupan seksualitas dan kemampuan bereproduksi.
4. Komponen riwayat kesehatan, riwayat keluarga dan riwayat genetik yang relevan.
5. Pemeriksaan fisik dan laboratorium untuk mengevaluasi potensi kehamilan yang sehat.

6. Berbagai metode alamiah untuk menjarangkan kehamilan dan metode lain yang bersifat tradisional yang lazim digunakan.
7. Jenis, indikasi, cara pemberian, cara pencabutan dan efek samping berbagai kontrasepsi yang digunakan antara lain pil, suntikan, AKDR, Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK), kondom, tablet vagina dan tissue vagina.
8. Metode konseling bagi wanita dalam memilih suatu metode kontrasepsi.
9. Penyuluhan kesehatan mengenai PMS, HIV/AIDS, dan kelangsungan hidup anak.
10. Tanda dan gejala infeksi saluran kemih dan penyakit menular seksual yang lazim terjadi.

Pengetahuan Tambahan, meliputi :

1. faktor-faktor yang menentukan dalam pengambilan keputusan yang berhubungan dengan kehamilan yang tidak diinginkan dan tidak direncanakan.
2. Indikasi penyakit akut dan kronis yang dipengaruhi oleh indikasi geografis dan proses rujukan untuk proses pemeriksaan/pengobatan lebih lanjut.
3. Indikator dan metode konseling/rujukan terhadap gangguan hubungan interpersonal, termasuk kekerasan dan pelecehan dalam keluarga (seks, fisik dan emosi).

Ketrampilan Dasar, meliputi :

1. mengumpulkan data tentang riwayat kesehatan yang lengkap.
2. Melakukan pemeriksaan fisik yang terfokus sesuai dengan kondisi wanita.
3. Melaksanakan pendidikan kesehatan dan ketrampilan konseling dasar dengan tepat.
4. Memberikan pelayanan KB yang tersedia sesuai kewenangan dan budaya masyarakat.

5. Melakukan pemeriksaan berkala aseptor KB dan melakukan intervensi sesuai kebutuhan.
6. Mendokumentasikan temuan-temuan dari intervensi yang ditemukan.
7. Melakukan pemasangan AKDR.
8. Melakukan pencabutan AKDR .

Ketrampilan Tambahan :

1. Melakukan pemasangan AKBK.
2. Melakukan pencabutan AKBK dengan letak normal.

Asuhan dan Konseling Selama Kehamilan

Kompetensi ke-3 :

Bidan memberikan asuhan antenatal bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi : deteksi dini, pengobatan, atau rujukan dari komplikasi tertentu.

Pengetahuan Dasar, meliputi :

1. Anatomi dan fisiologi tubuh.
2. Siklus menstruasi dan proses konsepsi.
3. Tumbuh kembang janin dan faktor-faktor yang mempengaruhinya.
4. Tanda-tanda dan gejala kehamilan
5. Mendiagnosa kehamilan.
6. Perkembangan normal kehamilan.
7. Komponen riwayat kehamilan.
8. Komponen pemeriksaan fisik yang terfokus selama antenatal.
9. Menentukan umur kehamilan dari riwayat menstruasi, pembesaran dan atau tinggi fundus uteri.

10. Mengenal tanda dan gejala anemia sedang dan berat, hiperemesis gravidarum, kehamilan ektopik terganggu, abortus imminen, molla hydatidosa dan komplikasinya, serta kehamilan ganda, kelaianan letak dan pre eklamsia.
11. Nilai normal dari pemeriksaan laboratorium seperti Hb darah, tes gula, protein, acetone dan bakteri dalam urine.
12. Perkembangan normal dari kehamilan, perubahan bentuk fisik, ketidaknyamanan yang lazim, pertumbuhan fundus uteri yang diharapkan.
13. Perubahan psikologis yang normal dalam kehamilan dan dampak kehamilan terhadap keluarga.
14. Penyuluhan dalam kehamilan : perubahan fisik, perawatan buah dada, ketidaknyamanan, kebersihan, seksualitas, nutrisi, pekerjaan dan aktifitas (senam hamil).
15. Kebutuhan nutrisi bagi wanita hamil dan janin.
16. Penatalaksanaan imunisasi pada wanita hamil.
17. Pertumbuhan dan perkembangan janin.
18. Persiapan kelahiran dan menjadi orang tua.
19. Tanda-tanda dimulainya persalinan.
20. Teknik relaksasi dan strategi meringankan nyeri pada persiapan persalinan dan kelahiran.
21. Penggunaan obat tradisional ramuan yang aman untuk mengurangi ketidaknyamanan selama hamil.
22. Tanda dan gejala dari komplikasi kehamilan yang mengancam jiwa, seperti pre-eklamsia, perdarahan pervagina, kelahiran premature dan anemia berat.
23. Kesejahteraan janin termasuk DJJ dan pola aktivitas janin.
24. Resusitasi kardiopulmonari.

Pengetahuan Tambahan, meliputi :

1. Tanda, gejala dan indikasi rujukan pada komplikasi tertentu dalam kehamilan.

2. Akibat dari penyakit akut dan kronis seperti asma, HIV, PMS, diabetes dan lain-lain bagi kehamilan dan janinnya.

Ketrampilan Dasar, meliputi :

1. Mengumpulkan data riwayat kesehatan dan kehamilan serta menganalisisnya pada setiap kunjungan/pemeriksaan ibu hamil.
2. Melaksanakan pemeriksaan fisik umum secara sistematis dan lengkap.
3. Melakukan pemeriksaan abdomen secara lengkap termasuk pengukuran tinggi fundus uteri/posisi/ prosentase dan penurunan janin.
4. Melakukan penilaian pelvik termasuk ukuran dan struktur tulang panggul.
5. Menilai keadaan janin selama kehamilan termasuk detak jantung janin dengan menggunakan fetoscope dan gerakan janin dengan palpasi uterus.
6. Menghitung usia kehamilan dan menentukan perkiraan persailanan.
7. Mengkaji status nutrisi ibu hamil dan hubungannya dengan pertumbuhan janin.
8. Mengkaji kenaikan berat badan ibu dan hubungannya dengan komplikasi kehamilan.
9. Melakukan penatalaksanaan kehalan dengan anemia ringan, hyperemesis gravidarum tingkat I, abortus imminen dan pre-eklamsi ringan.
10. Memberikan imunisasi kepada ibu hamil.
11. Mengidentifikasi penyimpangan kehamilan normal dan melakukan penanganan yang tepat termasuk merujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang tepat dari :
 - a. Kekurangan gizi.
 - b. Pertumbuhan janin yang tidak adekuat.
 - c. Pre-eklamsi berat dan hipertensi.
 - d. Perdarahan pervaginam.
 - e. Kehamilan ganda pada janin kehamilan aterm.
 - f. Kematian janin.

- g. Adanya edema yang signifikan, sakit kepala yang hebat, gangguan pandangan, nyeri epigastrium yang disebabkan tekanan darah tinggi.
 - h. Ketuban pecah sebelum waktunya.
 - i. Diabetes mellitus.
 - j. Kelainan congenital pada janin.
 - k. Hasil laboratorium yang tidak normal.
 - l. Persangkaan polihidramnion, kelainan janin.
 - m. Infeksi ibu hamil seperti : PMS, Vaginitis, infeksi saluran perkemihan dan saluran nafas.
12. Memberikan bimbingan dan persiapan untuk persalinan, kelahiran dan menjadi orang tua.
 13. Penggunaan secara aman jamu/obat-obatan tradisional yang tersedia.

Ketrampilan Tambahan, meliputi :

1. Menggunakan dopler untuk memantau DJJ.
2. Memberikan pengobatan dan atau kolaborasi terhadap penyimpangan dari keadaan normal dengan menggunakan standar lokal dan sumberdaya yang tersedia.
3. Melaksanakan kemampuan LSS dalam manajemen pasca abortion.

Asuhan Selama Persalinan dan Kelahiran :

Kompetensi ke-4 :

Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, tanggap terhadap kebudayaan setempat selama persalinan, memimpin persalinan yang bersih dan aman, menangani situasi kegawatdaruratan tertentu untuk mengoptimalkan kesehatan wanita dan bayinya yang baru lahir.

Pengetahuan Dasar, meliputi :

1. Fisiologi persalinan.
2. Anatomi tengkorak janin, diameter yang penting.

3. Aspek psikologis dan kultural pada persalinan dan kelahiran.
4. Indikator tanda-tanda mulai persalinan.
5. Kemajuan persalinan normal dan penggunaan partograf.
6. Penilaian kesejahteraan janin dalam masa persalinan.
7. Penilaian kesejahteraan ibu pada masa persalinan.
8. Proses penurunan janin melalui pelvik selama persalinan dan kelahiran.
9. Pengelolaan dan penatalaksanaan persalinan dengan kehamilan ganda dan normal.
10. Pemberian kenyamanan dalam persalinan seperti kehadiran keluarga/pendamping, pengaturan posisi, hidrasi, dukungan moril, pengurangan nyeri tanpa obat.
11. Transisi bayi baru lahir terhadap kehidupan diluar uterus.
12. Pemenuhan kebutuhan fisik bayi baru lahir meliputi pernafasan, kehangatan dan memberikan ASI/PASI.
13. Pentingnya pemenuhan kebutuhan emosional bayi baru lahir, jika memungkinkan antara lain kontak kulit langsung, kontak mata antar bayi dan ibunya bila dimungkinkan.
14. Mendukung dan meningkatkan pemberian ASI eksklusif.
15. manajemen fisiologis kala III.
16. Memberikan suntikan intra maskuler meliputi uterotonika, antibiotika dan sedative.
17. Indikasi tindakan kedaruratan kebidanan seperti : distosia bau, asfiksia neonatal, retensio plasenta, perdarahan karena atonia uteri dan mengatasi renjatan.
18. Indikasi tindakan operatif pada persalinan misalnya gawat janin, CPD.
19. Indikator komplikasi persalinan, perdarahan, partus macet, kelainan presentasi, eklamsia, kelelahan ibu, gawat janin, infeksi, ketuban pecah dini tanpa infeksi, distosia karena inersia uteri primer, post term dan pre term.
20. Prinsip manajemen kala III secara fisiologis.

21. Prinsip manajemen aktif kala III.

Pengetahuan Tambahan, meliputi :

1. Penatalaksanaan persalinan dengan malpresentasi.
2. Pemberian suntikan anestesi lokal.
3. Akselerasi dan induksi persalinan.

Ketrampilan Dasar, meliputi :

1. Mengumpulkan data yang terfokus pada riwayat kebidanan dan tanda-tanda vital ibu pada persalinan sekarang.
2. Melaksanakan pemeriksaan fisik yang terfokus .
3. Melakukan pemeriksaan abdomen secara lengkap untuk posisi dan penurunan janin.
4. Mencatat waktu dan mengkaji kontraksi uterus (lama, kekuatan, dan kontraksi).
5. Melakukan pemeriksaan panggul (pemeriksaan dalam) secara lengkap dan akurat meliputi pembukaan, penurunan, bagian terendah, presentasi, posisi keadan ketuban, dan proporsi panggul dengan bayi.
6. Melakukan pemantauan kemajuan persalinan dengan partograf.
7. Memberikan dukungan psikologis bagi wanita dan keluarganya.
8. Memberikan cairan, nutrisi dan kenyamanan yang adekuat selama persalinan.
9. Mengidentifikasi secara dini kemungkinan pola persalinan abnormal dan kegawat daruratan dengan intervensi yang sesuai dan atau melakukan rujukan dengan tepat waktu.
10. Melakukan amniotomi pada pembukaan serviks lebih dari 4 cm sesuai dengan indikasi.
11. Menolong kelahiran bayi dengan lilitan tali pusat.
12. Melakukan episiotomi dan penjaitan jika diperlukan.
13. melaksanakan manajemen fisiologis kala III.

14. Melaksanakan manajemen aktif kala III.
15. Memberikan suntikan intra muskuler meliputi uterotonika, antibiotika dan sedative.
16. Memasang infus, mengambil darah untuk pemeriksaan Hb dan Ht.
17. Menahan uterus untuk mencegah terjadinya inverse uteri dalam kala III.
18. Memeriksa kelengkapan plasenta dan selaputnya.
19. Memperkirakan jumlah darah yang keluar pada persalinan dengan benar.
20. Memeriksa robekan vagina, serviks dan perineum.
21. Menjahit robekan vagina dan perineum tingkat II.
22. Memberikan pertolongan persalinan abnormal ; letak sungsang, partus macet, kepala di dasar panggul, ketuban pecah dini tanpa infeksi, posterm dan preterm.
23. Melakukan pengeluaran plasenta secara manual.
24. Mengelola perdarahan post partum.
25. Memindahkan ibu untuk tindakan tambahan/kegawatdaruratan dengan tepat waktu sesuai indikasi.
26. Memberikan lingkungan yang aman dengan meningkatkan hubungan/ikatan tali kasih ibu dan bayi baru lahir.
27. Memfasilitasi ibu untuk menyusui sesegera mungkin dan mendukung ASI eksklusif.
28. Mendokumentasikan temuan-temuan yang penting dari intervensi yang dilakukan.

Ketrampilan Tambahan, meliputi :

1. Menolong kelahiran presentasi muka dengan penempatan dan gerakan tangan yang tepat.
2. Memberikan suntikan anestesi lokal jika diperlukan.
3. Melakukan ekstraksi forcep rendah dan vakum jika diperlukan sesuai kewenangan.

4. Mengidentifikasi dan mengelola malpresentasi, distosia bahu, gawat janin dan kematian janin dalam kandungan (IUFD) dengan tepat.
5. Mengidentifikasi dan mengelola tali pusat menumbung.
6. Mengidentifikasi dan menjahit robekan serviks .
7. Membuat resep dan atau memberikan obat-obatan untuk mengurangi nyeri jika diperlukan sesuai kewenangan.
8. Memberikan oksitosin dengan tepat untuk induksi dan akselerasi persalinan dan penanganan perdarahan post partum.

C. Pelayanan Kesehatan Rujukan

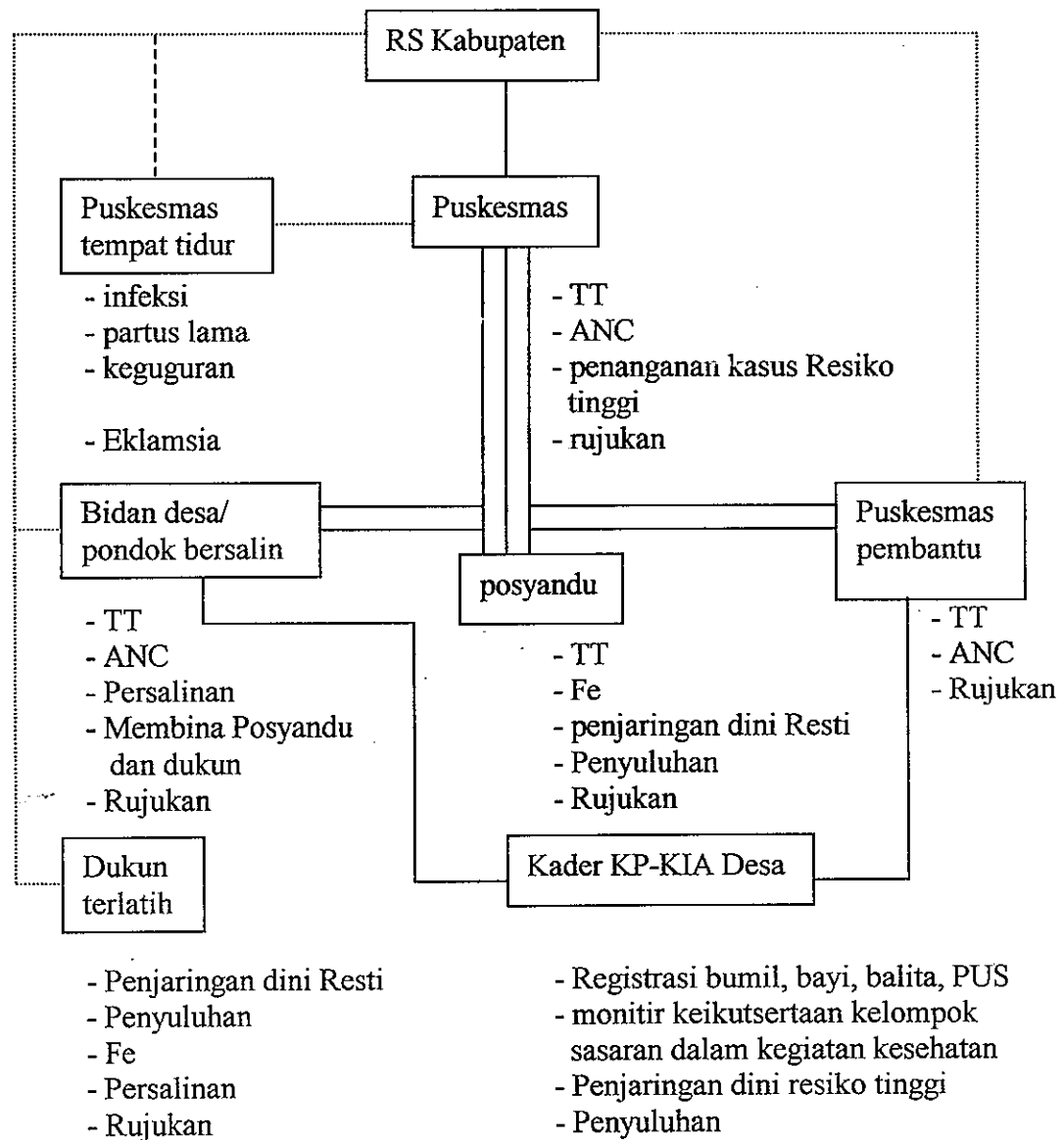
Sistem Kesehatan Nasional (SKN) ditetapkan dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 99 a/Menkes/SK/III/1982 tanggal 2 Maret 1982. Pokok program peningkatan upaya kesehatan rujukan masuk dalam nomor urut kedua dari 15 pokok program sebagai penjabaran dari karya pertama “peningkatan dan pemantapan upaya kesehatan” dalam Panca Karsa Husada.

Pokok program peningkatan upaya kesehatan rujukan bertujuan menciptakan hubungan fungsional antara sarana-sarana kesehatan, dengan maksud agar bantuan teknologi, bantuan sarana dan bantuan operasional dapat menunjang upaya peningkatan pelayanan kesehatan yang bermutu secara berdayaguna dan berhasil guna. (SKN, tahun 1982).

Menurut SKN, pemantapan jalur rujukan diharapkan mampu meningkatkan volume kegiatan dan sekaligus meningkatkan pencakupan dan pemerataan pelayanan. Sistem rujukan pelayanan medik dari pusat, propinsi, kabupaten, kecamatan sampai ke Posyandu hendaknya berjalan timbal balik dan

saling silang agar dapat mencapai tujuan. Banyak faktor yang diasumsikan dapat mempengaruhi rujukan, antara lain perubahan paradigma yang dipengaruhi dampak globalisasi Rumahsakit yang dulunya bersifat sosial mengarah ke sosio ekonomis dengan predikat kompetitif. Asumsi lain yang juga dapat mempengaruhi rujukan adalah sumberdaya manusia yang merupakan hal yang paling penting didalam manajemen Rumahsakit . Kompensasi juga tidak kalah penting, karena perencanaan yang tidak baik dapat mengganggu organisasi, kepuasan kerja dan motivasi yang biasanya berhubungan dengan kebutuhan dan kompensasi. Efektifitas organisasi yang mempengaruhi kepuasan karyawan berhubungan dengan rujukan dan TQM (*Total Quality Manajement*) untuk meningkatkan kinerja (sastrowijoti, 1996). Skema rujukan dan jenjang pelayanan kesehatan khususnya pelayanan kebidanan dapat digambarkan sebagai berikut (Depkes RI, Safe Matherhood, 1999) :

Gambar 2.1. Skema Rujukan dan Jenjang Pelayanan Kebidanan



Keterangan :

----- = Rujukan Kasus Gawat Darurat/ Resiko tinggi

———— = Rujukan Resiko sedang

Sumber : Depkes RI, Safe Motherhood (1999).

Akses pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh seseorang dipengaruhi oleh banyak hal. Pemanfaatan pelayanan merupakan proses yang sangat kompleks yang melibatkan keputusan individual, sosial dan pengaruh dari profesional kesehatan.

Beberapa penelitian tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan antara lain salah satu pertimbangan yang menentukan sikap individu memilih sumber perawatan adalah jarak yang ditempuh dari tempat tinggal mereka sampai ketempat sumber perawatan (kasniyah, 1993). Slack (1981) menyatakan bahwa keputusan untuk menggunakan pelayanan kesehatan mencerminkan kombinasi kebutuhan normative (*normative need*) dan kebutuhan yang dirasakan (*felt need*). Akibatnya keputusan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan, para konsumen sering bergantung pada informasi yang disediakan oleh provider dengan preverensinya dan keinginan individu yang dilatarbelakangi dengan kemampuan untuk membayar.

Rosenthal (1994) membuat suatu model utilisasi dari pelayanan kesehatan yaitu kombinasi antara sosio demografi dan ekonomi. Didalam sosio demografi terdiri dari umur, status perkawinan dan jenis kelamin, tingkat urbanisasi, ras, pendidikan dan kepadatan penduduk. Variabel ekonomi meliputi harga pelayanan dan keikutsertaanya dalam asuransi kesehatan. Dalam teori Andersen (1974) dijelaskan bahwa hal-hal yang mempengaruhi akses seseorang terhadap pelayanan kesehatan meliputi banyak faktor yang dapat digolongkan menjadi 3 bagian yaitu faktor predisposisi (*predisposing*), factor pemungkin (*enabling*) dan kebutuhan (*need*). Komponen predisposisi merupakan faktor-faktor yang menggambarkan karakteristik

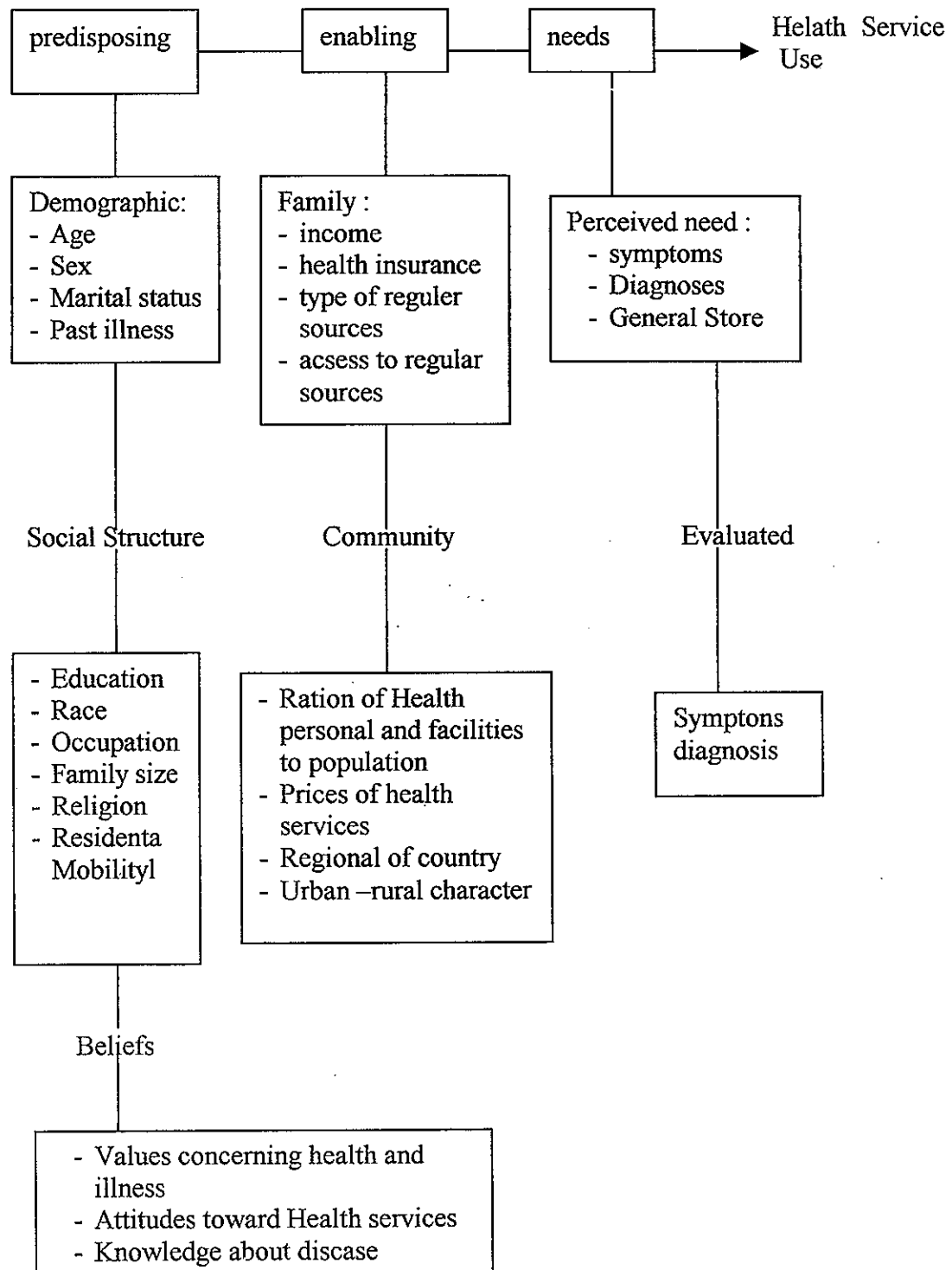
individu yang mempunyai kecenderungan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Komponen predisposisi terdiri dari :

1. Demografi seperti : umur, jenis kelamin, jumlah anggota keluarga, status perkawinan.
2. Struktur sosial meliputi : suku, ras, status sosial, kebudayaan, pendidikan, jenis pekerjaan.
3. Kepercayaan tentang kesehatan, misalnya kepercayaan terhadap penyakit,, dokter, petugas kesehatan dan lainnya.

Faktor enabling atau komponen pendukung, yaitu kondisi yang membuat seseorang mampu melakukan tindakan pelayanan kesehatan. Termasuk dalam komponen ini adalah sumber daya yang dimiliki keluarga maupun masyarakat, misalnya tingkat pendapatan, keikutsertaan dalam program asuransi kesehatan yang ada, ketersediaan petugas yang dapat memberikan pelayanan. Komponen kebutuhan akan pelayanan kesehatan, orang akan melakukan atau mencari upaya pelayanan kesehatan bila di dalam dirinya ada kebutuhan yang dirasakan akan pelayanan kesehatan tersebut. Keadaan status kesehatan seseorang menimbulkan suatu kebutuhan yang dirasakan dan membuat seseorang mengambil keputusan untuk mencari pertolongan atau tidak. Model pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh Andersen dapat digambarkan sebagai berikut :

Gambar 2.2 : Model Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan oleh Andersen (1974) .



D. Peranan Tenaga, Sarana dan Pelatihan Asuhan Persalinan Normal Terhadap Penurunan Tingginya Angka Kematian Ibu.

Usaha untuk menekan Angka Kematian Ibu dapat dilakukan dengan berbagai macam cara. Ketersediaan tenaga kesehatan adalah salah satu penunjang pokok suksesnya kegiatan tersebut. (Dep Kes RI, 1999).

Penyuluhan yang diberikan kepada ibu hamil ataupun calon ibu sangat membantu pada proses penanganan persalinan di kemudian hari.

Adanya tenaga kesehatan, baik bidan maupun dokter khususnya yang terlatih di bidang obstetrik akan mewujudkan pelayanan yang cepat. Semakin banyak jumlah tenaga kesehatan maka semakin cepat pula proses pelayanan dan penanganan ibu hamil. Hasilnya adalah akan mempermudah dan mempercepat proses rujukan, disamping deteksi dini terhadap ibu hamil dengan risiko tinggi segera dapat diketahui.

Dampaknya adalah angka kematian ibu dapat ditekan oleh karena pelayanan persalinan yang baik dan aman dapat diberikan oleh tenaga kesehatan.

Masalah lain dalam upaya pelayanan yang baik oleh rumah sakit rujukan adalah ketersediaan sarana yang mendukung proses penanganan ibu hamil yang akan bersalin ataupun sesudah persalinan. Sarana transportasi misalnya, tanpa sarana transportasi yang baik maka kedatangan penderita sampai pada rumah sakit rujukan akan terlambat. Padahal kasus-kasus obstetri yang sudah diputuskan untuk dirujuk sebagian besar adalah kasus obstetri

emergensi (gawat darurat), sehingga jika pelayanan terlambat maka akan mengakibatkan kematian baik bagi ibu maupun bayinya.

Sarana yang tidak kalah pentingnya adalah sarana pertolongan persalinan. Dari data yang diperoleh DPTNA (*District Performance and Taining Needs Assessment*) menunjukkan bahwa masalah yang dihadapi para bidan adalah kit persalinan yang sudah usang (meskipun kit yang baru cukup memuaskan), dan sarana untuk sterilisasi yang kurang baik.

Disamping masalah remaja, masalah lain yang hingga saat ini masih terus dikembangkan adalah masalah kemampuan dan ketrampilan bidan dalam mengelola ibu hamil dan persalinannya. Mengingat faktor tingginya angka kematian ibu dikarenakan terlambatnya keputusan untuk merujuk ataupun keterlambatan dalam penanganan lebih dipengaruhi oleh kemampuan yang dimiliki bidan.

Data temuan DPTNA menunjukkan bahwa ketrampilan klinik para bidan dalam menangani persalinan normal masih kurang, disamping ketrampilan dalam mencegah serta menangani masalah komplikasi obstetrik (khususnya perdarahan pasca persalinan). Hal tersebut terbukti dengan kasus rujukan yang dikirim ke rumah sakit, indikasi yang paling umum adalah perdarahan pasca persalinan (25%). Pada kasus semacam itu biasanya bidan lebih menyukai mengirim pasiennya langsung ke rumah sakit tingkat kabupaten. (DPTNA/ *District Performance and Training Needs Assessment*)

Pengetahuan para bidan yang diterima sewaktu di sekolah juga banyak yang tidak diterapkan dengan baik pada prakteknya. Oleh karenanya pelatihan-pelatihan yang ditujukan untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan klinik para bidan sangat dibutuhkan. Diharapkan dengan pelatihan tersebut akan menjadikan bidan mempunyai bekal yang cukup dan aplikatif dalam mengelola kasus-kasus persalinan serta mencegah terjadinya komplikasi obstetrik baik bagi ibu hamil maupun bayinya. Sehingga hasil akhirnya adalah menurunnya Angka Kematian Ibu (AKI)

E. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari akibat proses penginderaan terhadap suatu obyek. Penginderaan tersebut sebagian besar berasal dari penglihatan dan pendengaran. Pengetahuan seseorang biasanya diperoleh dari pengalaman yang berasal dari berbagai macam sumber, misalnya media massa, media elektronika, buku, petugas kesehatan, media poster, kerabat dekat dan sebagainya. (Notoatmodjo, 1993).

Ada dua pola berpikir untuk memperoleh pengetahuan, yaitu: berpikir rasional (atau rasionalisme) yang menghasilkan ide tentang kebenaran. Tetapi kebenaran yang dicapai dengan berpikir rasional (rasionalisme) sangat bergantung kepada masing-masing ilmuwan. Pola berpikir empirisme, yaitu pengetahuan yang dilahirkan oleh pengalaman. Pola berpikir ini juga mengandung kelemahan, karena gejala yang ada dalam pengalaman barulah

mempunyai arti kalau kita memberikan tafsiran kepadanya. (Suriasumantri, 1997). Pengukuran pengetahuan pada umumnya dilakukan melalui tes atau wawancara dengan alat Bantu kuesioner berisi materi yang ingin diukur dari responden.

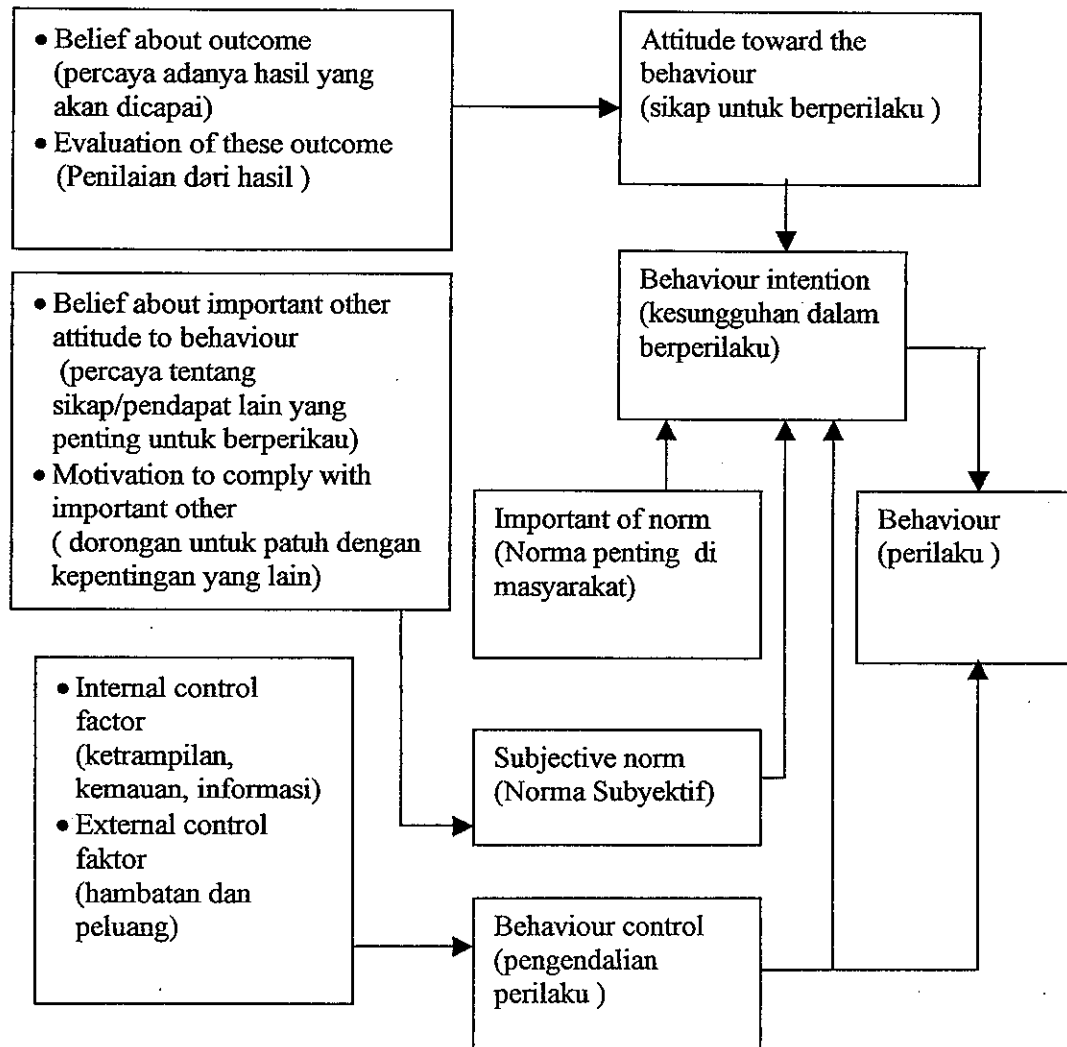
F. Sikap

Sikap merupakan reaksi yang masih tertutup, tidak dapat dilihat secara langsung sehingga sikap hanya dapat ditafsirkan dari perilaku yang nampak (notoatmodjo, 1993). Sikap adalah suatu bentuk evaluasi atau reaksi perasaan. Sikap seseorang terhadap suatu obyek adalah perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak (*unfavorable*) pada obyek tersebut. (Berkowitz, 1972). Edgley (1980), mendefinisikan sikap sebagai suatu pola perilaku, tendensi atau kesiapan antisipatif, predisposisi untuk menyesuaikan diri dalam situasi sosial, atau secara sederhana sikap adalah respon terhadap stimuli sosial yang telah terkondisikan. Cacioppo (1990) mendefinisikan sikap adalah evaluasi umum yang dibuat manusia terhadap dirinya sendiri, orang lain, obyek, atau isu-isu. Sikap akan mempengaruhi proses berpikir, respon afeksi, kehendak dan perilaku berikutnya. Jadi sikap merupakan respon evaluatif didasarkan pada proses evaluasi diri, yang disimpulkan berupa penilaian positif atau negatif yang kemudian mengkristal sebagai potensi reaksi terhadap obyek. Menurut Kartono (1990) sikap seseorang adalah predisposisi (keadaan mudah

terpengaruh) untuk memberikan tanggapan terhadap rangsangan lingkungan yang dapat memulai atau membimbing tingkah laku orang tersebut.

Sikap terhadap suatu perilaku dipengaruhi oleh keyakinan bahwa perilaku tersebut akan membawa hasil yang diinginkan atau tidak diinginkan. Keyakinan mengenai perilaku apa yang bersifat normative (yang diharapkan oleh orang lain) dan motivasi untuk bertindak sesuai dengan harapan normative tersebut membentuk norma norma subyektif dalam diri individu. Perilaku akan di kendalikan oleh faktor internal seperti ketrampilan dan pengetahuan juga faktor eksternal seperti adanya hambatan dan peluang yang ada pada diri seseorang. Sikap, norma penting di masyarakat, norma subyektif dan kontrol perilaku akan membulatkan tekad seseorang dalam berperilaku. (Ajzen, 1988). Perilaku kesehatan menurut teori Planed Behavior oleh Ajzen dapat disampaikan seperti gambar dibawah ini.

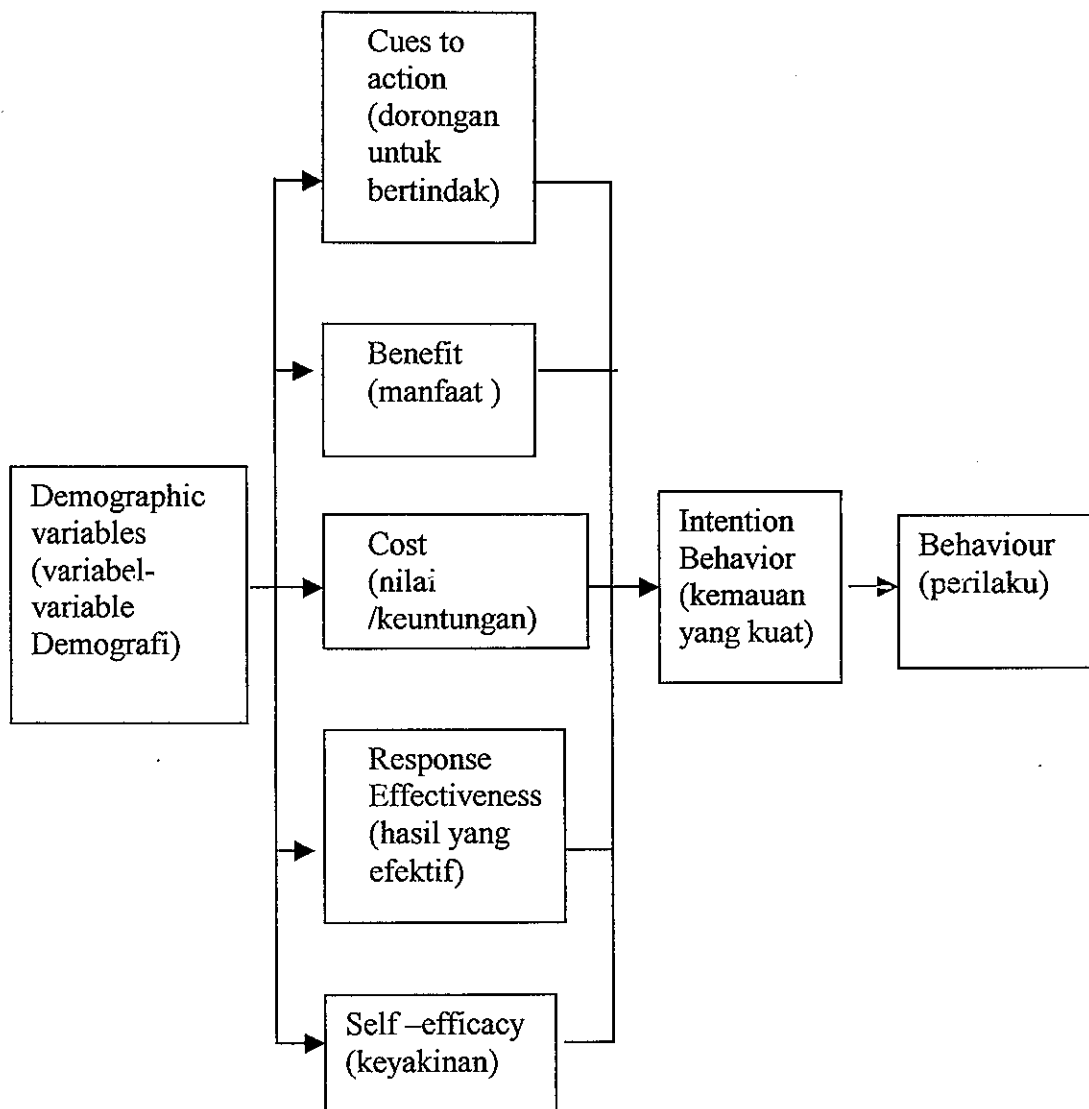
Gambar 2.3. Perilaku Kesehatan Theory of Planned Behaviour (Ajzen, 1988).



Menurut Rosenstock dan Beker (1980), perilaku seseorang akan terwujud karena sudah ada kemauan yang kuat. Kemauan tersebut terbentuk karena adanya dorongan dari diri pribadi, adanya manfaat yang akan dirasakan, karena ada sesuatu nilai/keuntungan, percaya akan hasil yang efektif dan keyakinan yang kuat. Faktor-faktor tersebut sebelumnya dipengaruhi oleh keadaan demografi seperti usia, jenis

kelamin, status perkawinan, dan jumlah anggota keluarga. Teori Health Belief Model dan teori Protection Motivation (Rosenstock dan Becker) 1980, digambarkan sebagai berikut :

Gambar 2.4 : Perilaku Kesehatan menurut teori Health Belief Model dan teori Protection Motivation (Rosenstock & Becker, 1980).



Menurut Bandura (1977), dalam teori pembelajaran sosial (*Social Learning Theory*) menekankan hubungan segitiga antara orang (menyangkut proses kognitif),

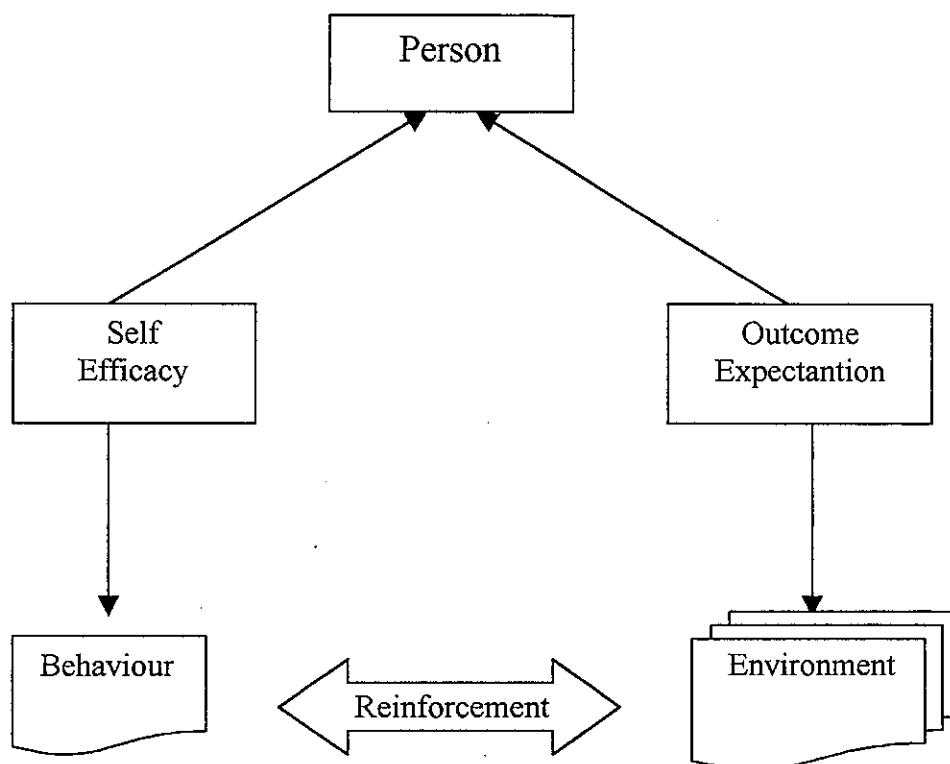
lingkungan dan perilaku. Lingkungan menentukan terjadinya perilaku pada umumnya sehingga seseorang menggunakan proses kognitifnya untuk menginterpretasikan lingkungan maupun perilaku yang dikerjakannya serta memberikan reaksi dengan cara merubah lingkungan dan menerima hasil perilaku yang lebih baik. Teori pemahaman sosial melihat perilaku sebagai fungsi "*self-efficacy*" dan harapan hasil dari seseorang. Seseorang menjadi merasa yakin atas kemampuannya untuk berperilaku karena pengalaman atau observasi yang dilakukan pada orang lain sehubungan dengan perilaku masa lalu.

Bandura membagi proses pemahaman menyelami orang lain (*vicarious learning*) menjadi empat tahap, yaitu :

- a. Memperhatikan model
- b. Mengingat apa yang telah diobservasi
- c. meniru perilaku
- d. *Reinforcement* (penguatan) perilaku

Konsep dalam teori pemahaman sosial terhadap perilaku dapat digambarkan sebagai berikut :

Gambar 2.5. Perilaku menurut teori pembelajaran sosial (Social Learning Theory) oleh Bandura 1997 :



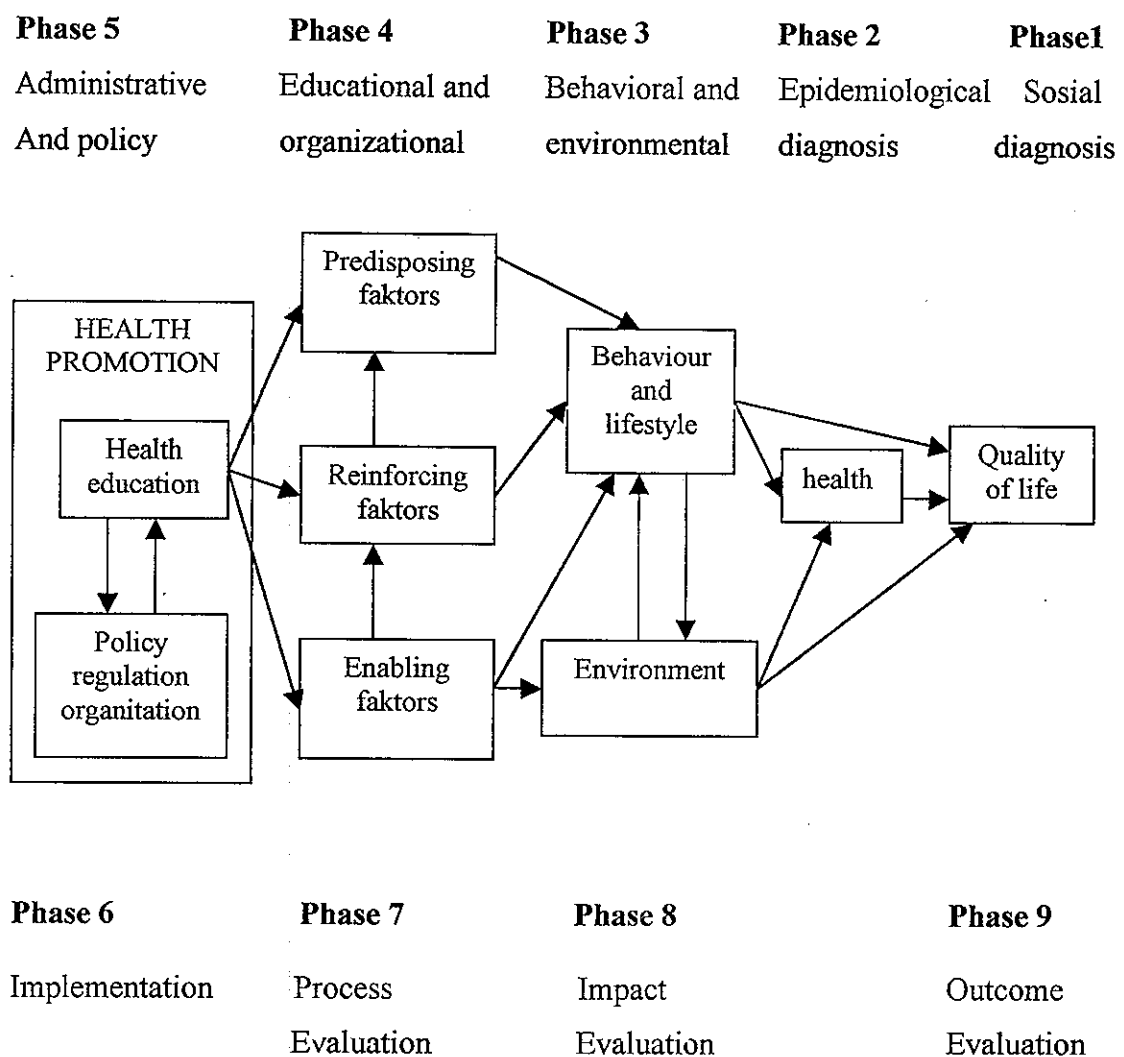
Menurut Lawrence Green (1991), faktor-faktor yang berpengaruh dan menentukan perilaku kesehatan individu dan kelompok sebagai berikut :

faktor predisposing (usia, pendidikan, pengetahuan, sikap, nilai/pengorbanan, kepercayaan, norma-norma sosial, kebudayaan, kepribadian dan konsep diri, persepsi dan motivasi) faktor enabling (adalah faktor-faktor pendukung seperti tersedianya sarana, sumberdaya, ketrampilan, kualitas pelayanan, situasi ekonomi keluarga jarak ke tempat pelayanan yang dapat mendukung perilaku tersebut), faktor reinforcing (adalah faktor-faktor yang mendorong

terjadinya perubahan tingkahlaku berkaitan dengan kesehatan tersebut antara lain dukungan keluarga, kelompok referensi, kelas sosial, peranan dan status).

Model teori faktor-faktor yang mempengaruhi dan menentukan perilaku kesehatan individu dan kelompok tersebut menurut Green (1991) digambarkan sebagai berikut :

Gambar 2.6. Model teori faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan dari Green (1991).



G. Diagnosa Risiko Tinggi Persalinan

Diagnosa penyakit adalah kesimpulan suatu jenis penyakit pada seseorang yang diperoleh dari hasil sejumlah proses pemeriksaan medis baik pemeriksaan secara klinis medis (laboratorium) maupun pemeriksaan secara fisik (tanda dan gejala). Diagnosa risiko tinggi persalinan adalah kesimpulan terjadinya suatu penyakit yang menyertai ibu pada waktu hamil dan merupakan risiko yang membahayakan bagi ibu maupun janin pada waktu menjalani proses persalinan.

Ada beberapa faktor resiko yang dapat menyertai selama kehamilan dan persalinan yang dapat membahayakan jiwa ibu dan janinnya (Dep Kes RI - WHO, 2001). Faktor-faktor tersebut diantaranya :

1. Usia kurang dari 18 tahun.

Komplikasi yang terjadi dari resiko ini adalah dapat menyebabkan abortus tidak aman, eklamsia dan persalinan terhambat. Resiko terjadi karena kehamilan yang tidak diinginkan, sebab yang tidak diketahui, pelvis kecil dan perkawinan usia muda. Tindakan yang diperlukan untuk mencegah kematian antara lain pesan tempat di rumah sakit, dengan pendidikan, konseling, pemantauan yang seksama, penatalaksanaan pengkajian pelvis yang benar : percobaan persalinan (*trial of labour*), penggunaan partograf, dan melakukan seksiosesaria bila perlu.

2. Berat badan kurang dari 38 Kg sebelum kehamilan.

Komplikasi yang terjadi adalah kematian karena perdarahan postpartum, sepsis puerperal dan persalinan terhambat. Resiko terjadi karena anemia yang

berkaitan dengan malnutrisi dan rakitis/osteomalasea. Tindakan yang diperlukan : pesan tempat dirumahsakit, konsultasi gizi, pendidikan, pemberian suplemen zat besi.

3. Tinggi badan kurang dari 145 cm.

Komplikasi yang terjadi adalah persalinan terhambat. Resiko terjadi karena Disproporsi sefalopelvis. Tindakan yang diperlukan antara lain : pesan tempat dirumahsakit, pengkajian pelvis, penatalaksanaan yang tepat, penggunaan partograf, dan seksio bila perlu.

4. Rhesus Negatif

Komplikasi yang terjadi : ketidakcocokan resus jaundis hemolitik dapat menyebabkan kematian intrauterus. Resiko terjadi karena Isoimunisasi hemolisis sel-sel darah merah janin. Tindakan yang diperlukan : imunisasi anti-D, Bila tidak tersedia ikuti program KB setelah bayi pertama terserang. Diupayakan sterilisasi.

5. Riwayat penyakit atau kecelakaan pada tulang pelvis.

Komplikasi yang terjadi : persalinan lama atau terhambat. Resiko terjadi karena disproporsi sefalopelvis-ketidaknormalan bentuk pelvis. Tindakan yang diperlukan : pengkajian dini dan percobaan persalinan atau seksiosesaria pilihan.

6. Kebiasaan mengonsumsi alkohol dalam jumlah banyak.

Komplikasi yang terjadi kerusakan seluruh system tubuh, kecanduan, sindrom alkohol janin. Resiko terjadi karena efek racun alcohol. Tindakan yang diperlukan: pendidikan, konseling dan dukungan.

7. Kebiasaan merokok.

Komplikasi yang terjadi : penyakit kardiovaskuler dan penyakit ganas, Retardasi pertumbuhan intrauterus. Resiko terjadi karena efek racun tembakau. Tindakan yang diperlukan : pendidikan, konseling dan dukungan.

8. Tidak mendapat imunisasi tetanus.

Komplikasi yang terjadi : sepsis puerperal. Resiko terjadi karena terinfeksi clostridium tetani - infeksi genital yang menyebabkan keracunan keracunan system syaraf. Kebiasaan setempat yang tidak hygiene. Tindakan yang diperlukan: Pastikan imunisasi lengkap. Hindari persalinan lama dan terhambat, anemia, intervensi yang tidak perlu terutama kontaminasi dengan tanah/kotoran sapi , latihan dukun beranak, pastikan aseptis ketat.

9. Riwayat penyakit sebelumnya dan yang diderita

a. TBC

Komplikasi yang terjadi : infertilitas, abortus spontan yang terlambat, kematian intrauterus. Resiko terjadi karena kesehatan umum ibu yang buruk, sering disertai anemia. Tindakan yang diperlukan : obati penyakit yang timbul, memperbaiki diet, hygiene dan masalah sosial ekonomi yang berhubungan, seperti rumah yang sesak dan kondisi saat tidur.

b. Anemia

Komplikasi yang terjadi : abortus spontan, kelahiran premature, kematian intrauterus, perdarahan postpartum dan sepsis puerperal. Resiko terjadi karena kesehatan umum ibu yang buruk. Tindakan yang diperlukan : pikirkan penyebab dan pengobatannya, contohnya malnutrisi, malaria, ginekologi, konsultasi, pendidikan dan pertolongan.

c. Hipertensi

Komplikasi yang terjadi : Eklamsia. Resiko terjadi karena hipertensi diperburuk oleh kehamilan. Tindakan yang diperlukan : kontrol tekanan darah sebelum kehamilan, pantau secara menyeluruh.

10. Malpresentasi saat kehamilan 34 minggu atau lebih.

Komplikasi yang terjadi : persalinan lama atau terhambat. Resiko terjadi karena : disproporsi sefalopelvis. Tindakan yang diperlukan : rujuk dini ke rumahsakit, pengkajian pelvic, percobaan persalinan partograf atau seksio sesaria pilihan jika malpresentasi tetap berlangsung.

11. Uterus besar dibandingkan usia kehamilan dan atau kehamilan ganda terdiagnosis.

Komplikasi yang terjadi : persalinan lama atau terhambat, perdarahan postpartum. Risiko terjadi karena kehamilan ganda, bayi besar atau polihidramnion, disproporsi sefalopelvis, otot uterus yang terlalu meregang. Tindakan yang diperlukan : pemantauan secara seksama dan ditangani sesuai

sebabnya. Penatalaksanaan aktif kala III, dengan kembar kedua dalam kehamilan ganda.

12. Demam tinggi.

Komplikasi yang terjadi : abortus spontan, kelahiran premature. Resiko terjadi karena : Reaksi racun. Tindakan yang diperlukan : penyelidikan dan pengobatan yang sesuai.

13. Pergerakan janin kurang

Komplikasi yang terjadi : abortus terlambat, kematian intrauterus, perdarahan postpartum jika fetus tertahan di dalam janin. Resiko terjadi karena keguguran dan DIC (*disseminated intravaskuler coagulation*). Tindakan yang diperlukan : segera rujuk untuk pemeriksaan. Induksi persalinan jika janin mati. Anjuran yang berkaitan dengan istirahat dan asupan makanan.

14. Gravida 4 atau lebih (paritas tinggi).

Komplikasi yang terjadi : persalinan lama atau terhambat, perdarahan postpartum, sepsis (jika anemia). Resiko terjadi karena : otot uterus lemah, perdarahan postpartum diperburuk oleh anemia. Tindakan yang diperlukan : pelayanan KB, pemantauan yang seksama dalam kehamilan, persalinan : penggunaan partograf, penatalaksanaan aktif kala III.

15. Interval kurang dari 2 tahun sejak kelahiran terakhir.

Komplikasi yang terjadi : paritas tinggi, anemia. Resiko terjadi karena ketidakcukupan waktu penyembuhan sejak kehamilan terakhir. Tindakan yang diperlukan : pelayanan KB yang terjangkau dan dapat diterima.

16. Persalinan lama atau terhambat sebelumnya, kelahiran yang sulit atau seksio sesaria.

Komplikasi yang terjadi : bisa berulang. Resiko terjadi karena : untuk beberapa alasan, misalnya disproporsi sefalopelvis. Tindakan yang diperlukan: pengkajian dini, pemesanan tempat di Rumahsakit, percobaan persalinan dengan memakai partograf atau seksio sesaria pilihan.

17. Perdarahan postpartum sebelumnya dan atau plasenta tertahan.

Komplikasi yang terjadi : sering terjadi. Resiko terjadi karena : uterus atonik, kecenderungan perlekatan plasenta. Tindakan yang diperlukan : pesan tempat dirumahsakit, pengobatan anemia, hindari persalinan lama, manajemen aktif kala III, menyiapkan infus IV, sediakan donor darah.

18. Infeksi Vagina.

Komplikasi yang terjadi : sepsis puerperal. Resiko terjadi karena : organisme kausatif. Tindakan yang dilakukan : pengobatan selama kehamilan.

19. Infeksi traktus urinarius.

Komplikasi yang terjadi : persalinan prematur. Faktor resiko terjadi karena infeksi. Tindakan yang dilakukan : urinalisis urin tengah untuk kultur urine, antibiotik yang tepat.

20. kehamilan yang tidak diinginkan.

Komplikasi yang terjadi : abortus yang tidak aman, infeksi dan perdarahan postpartum, eklamsia, persalinan terhambat. Resiko terjadi karena : wanita nekat menggugurkan kandungannya, malnutrisi dan anemia karena wanita

kurang memperhatikan diri. Resiko perdarahan postpartum lebih tinggi pada paritas tinggi. Tekanan darah meningkat karena usia. Disproporsi sefalopelfis pada remaja, ketidaknormalan bentuk pelvis berkaitan dengan malnutrisi. Tindakan yang diperlukan : buat konsultasi dan pelayanan KB yang terjangkau dan dapat diterima.

Disamping faktor resiko tinggi yang dapat menyertai kehamilan dan persalinan, terdapat pula tanda bahaya yang dihadapi oleh ibu hamil dan bersalin. Tanda bahaya tersebut antara lain :(Depkes – TP PKK Pusat, 2000)

- 1) Ibu tidak mau makan dan muntah terus-menerus.
- 2) Berat badan ibu tidak naik.
- 3) Perdarahan
- 4) Bengkak tangan/wajah, pusing dan diikuti kejang.
- 5) Gerakan janin berkurang atau tidak ada.
- 6) Kelainan letak janin di dalam rahim.
- 7) Ketuban pecah sebelum waktunya.
- 8) Penyakit ibu yang berpengaruh terhadap kehamilan.
- 9) Demam tinggi.

Faktor-faktor yang menjadi penyebab langsung dari kematian ibu hamil dan bersalin serta bayi merupakan faktor risiko tinggi. Kriteria faktor risiko tinggi antara lain adalah :

- 1) Perdarahan selama kehamilan
- 2) Panas tinggi atau infeksi

- 3) Eklamsi
- 4) Kelainan letak bayi dalam kandungan

Ibu hamil dengan faktor risiko sedang adalah faktor yang secara tidak langsung membahayakan ibu hamil dan bersalin sehingga memerlukan pengawasan dan perawatan profesional. Kriteria faktor risiko sedang antara lain :

- 1) Usia ibu hamil < 20 tahun, atau > 35 tahun
- 2) Jarak kehamilan < 2 tahun
- 3) Tinggi Badan < 145 cm
- 4). Jumlah paritas > 3 (Kantor Menteri Negara Urusan Wanita, 1996)

H. Kerangka Teori

Kerangka teori yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

1. Teori Fisben Ajzen (1988).

Sikap untuk berperilaku dalam bidang kesehatan terbentuk karena percaya akan hasil yang akan dicapai. Keyakinan mengenai perilaku yang bersifat normative (yang diharapkan oleh orang lain) dan motivasi untuk bertindak sesuai dengan harapan normative tersebut membentuk norma norma subyektif dalam diri individu. Perilaku akan di kendalikan oleh faktor internal seperti ketrampilan dan pengetahuan juga faktor eksternal seperti adanya hambatan dan peluang yang ada pada diri seseorang. Sikap, norma penting di

masyarakat, norma subyektif dan kontrol perilaku akan membulatkan tekad seseorang dalam berperilaku.

2. Rosenstock dan Beeker (1980)

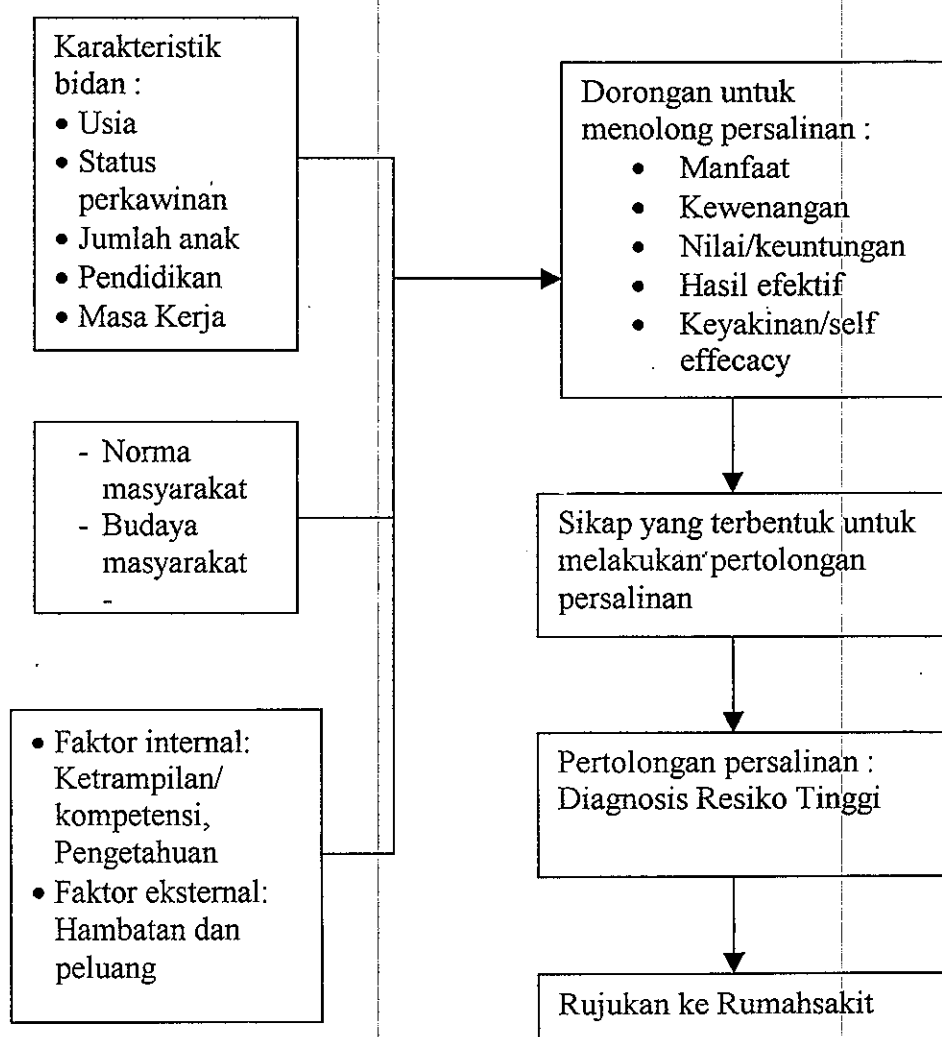
Perilaku seseorang akan terwujud karena sudah ada kemauan yang kuat. Kemauan tersebut terbentuk karena adanya dorongan dari diri pribadi, adanya manfaat yang akan dirasakan, karena ada sesuatu yang dikorbankan, percaya akan hasil yang efektif dan keyakinan yang kuat. Faktor-faktor tersebut sebelumnya dipengaruhi oleh keadaan demografi seperti usia, jenis kelamin, status perkawinan dan jumlah anggota keluarga.

3. Teori Lawrence Green (1991)

Ada tiga faktor yang mempengaruhi keputusan seseorang dan kelompok untuk berperilaku dalam bidang kesehatan, yaitu : faktor predisposing (usia, status perkawinan, jumlah anak, pendidikan, pengetahuan, sikap, nilai/pengorbanan, kepercayaan, norma-norma sosial, kebudayaan, kepribadian dan konsep diri, persepsi dan motivasi) faktor enabling (adalah faktor-faktor pendukung seperti tersedianya sarana, sumberdaya, ketrampilan, kualitas pelayanan, situasi ekonomi keluarga jarak ke tempat pelayanan yang dapat mendukung perilaku tersebut), faktor reinforcing (adalah faktor-faktor yang mendorong terjadinya perubahan tingkahlaku berkaitan dengan kesehatan tersebut antara lain dukungan keluarga, kelompok referensi, kelas sosial, peranan dan status).

Dengan menggabungkan beberapa kerangka teori diatas, maka dapatlah dibuat suatu kerangka teori baru untuk menggambarkan factor-faktor yang berhubungan dengan ketepatan bidan dalam mendiagnosis risiko tinggi ibu bersalin yang dirujuk ibu ke Rumahsakit, sebagai berikut :

Gambar 2.7. Modifikasi Teori Fisbhen Ajzen, Rosenstock & Becker (1980) dan Green (1991)



BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Kerangka Konsep

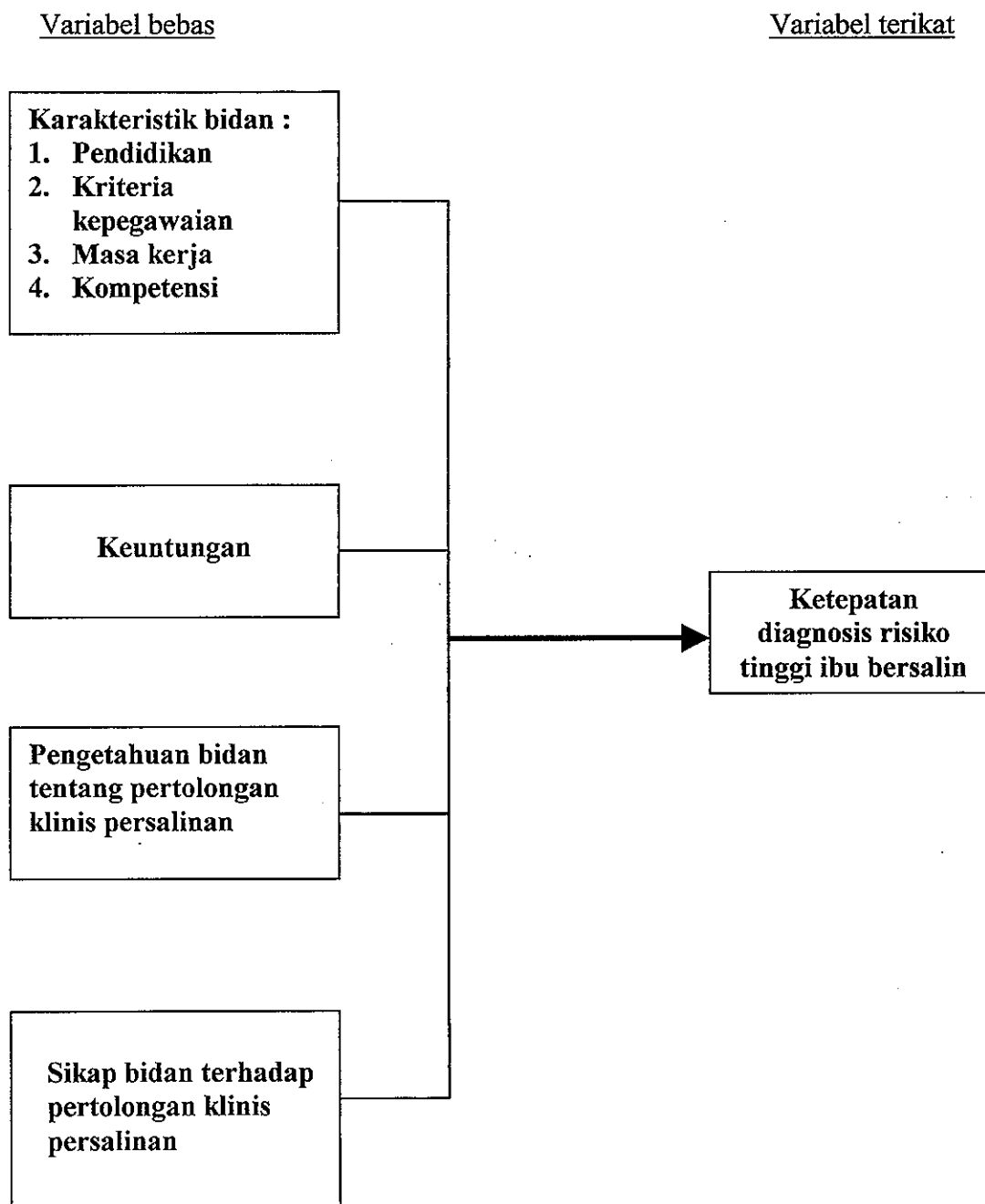
Ketrampilan yang dimiliki seorang bidan harus memenuhi standar untuk pelayanan pertolongan persalinan dengan baik. Tidak terjadi lagi komplikasi-komplikasi yang semestinya tidak perlu terjadi jika pertolongan persalinan dilakukan dengan kaidah atau standar pelayanan medis/kompeten, sehingga semua persalinan normal/tanpa indikasi resiko tinggi dapat dilakukan oleh semua bidan di desa (Dep Kes RI, Safe Motherhood, 2001).

Namun demikian, dari hasil kasus rujukan ibu bersalin yang dikirim bidan ke Rumahsakit M Ashari Pemalang, ternyata sebesar 28,66% proses persalinan dapat berlangsung secara normal/fisiologis, 17,78% diantaranya berasal dari ketidaktepatan bidan dalam mendiagnosis resiko tinggi. Sekitar 42,22% dari persalinan normal tersebut merupakan hasil rujukan dari bidan yang telah mengikuti pelatihan Asuhan Persalinan Normal.

Untuk mengetahui lebih jauh tentang diagnosis resiko tinggi ibu oleh bidan, maka dilakukan penelitian tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan ketepatan diagnosis resiko tinggi ibu bersalin yang dirujuk ke Rumahsakit M Ashari Pemalang.

Atas dasar pemikiran diatas maka dibuat gambar kerangka konsep seperti di bawah ini :

Gambar 3.1 Kerangka konsep penelitian : faktor-faktor yang berhubungan dengan ketepatan bidan dalam mendiagnosis resiko tinggi ibu bersalin yang dirujuk ke Rumahsakit.



B. Hipotesis

Berdasarkan landasan teori dan pokok permasalahan yang ada, maka dapat dirumuskan hipotesis sebagai berikut :

1. Ada hubungan antara karakteristik (pendidikan, kriteria kepegawaian, masa kerja, dan kompetensi) bidan dengan ketepatan diagnosis resiko tinggi ibu bersalin yang dirujuk ke rumahsakit.
2. Ada hubungan antara keuntungan yang dirasakan bidan dalam memberikan pertolongan klinis persalinan dengan ketepatan diagnosis resiko tinggi ibu bersalin yang dirujuk ke Rumahsakit.
3. Ada hubungan antara pengetahuan bidan mengenai pertolongan klinis persalinan dengan ketepatan diagnosis resiko tinggi ibu bersalin yang dirujuk ke Rumahsakit.
4. Ada hubungan antara sikap bidan terhadap pertolongan klinis persalinan dengan ketepatan diagnosis resiko tinggi ibu bersalin yang dirujuk ke Rumahsakit.
5. Ada hubungan antara karakteristik, keuntungan, pengetahuan dan sikap bidan dalam pertolongan klinis persalinan dengan ketepatan diagnosis resiko tinggi ibu bersalin yang dirujuk ke Rumahsakit secara bersama-sama.

C. Variabel Penelitian

1. Variabel bebas : pendidikan, kriteria kepegawaian, masa kerja, kompetensi, keuntungan, pengetahuan dan sikap.
2. Variabel Terikat : ketepatan diagnosis resiko tinggi ibu bersalin.

D. Definisi Operasional

1. Pendidikan : Pendidikan bidan yang dibedakan antara lulusan Sekolah Bidan PPB-A dan Sekolah Bidan PPB-B.

Kriteria : a. Pendidikan tinggi, adalah pendidikan bidan dengan kriteria Lulusan Program Pendidikan Bidan (PPB)-B yaitu bidan yang sudah mengikuti/lulus Akademi Kebidanan/D3 Kebidanan. (lama pendidikan bidan 3 tahun)

- b. Pendidikan rendah, adalah Lulusan Program Pendidikan Bidan (PPB)-A yaitu bidan yang mengikuti pendidikan setelah lulus SMP ditambah pendidikan SPK selama 3 tahun dan pendidikan bidan selama 1 tahun. (lama pendidikan bidan satu tahun).

(Depkes RI, Dirjen Binkesmas, 2002).

Skala : Ordinal.

3. Kriteria Kepegawaian : Status kepegawaian yang dimiliki oleh bidan berdasarkan surat keputusan kepala Badan Administrasi Kepegawaian Negara.

Kriteria : a. Bidan PNS (Pegawai Negeri Sipil)

b. Bidan PTT (Pegawai Tidak Tetap)

Skala : Nominal

3. Masa kerja : lama waktu yang dinyatakan dalam tahun penuh, yang dihitung pada waktu pertama kali bertugas sebagai bidan sejak menjadi PNS/PTT. Rata-rata kinerja bidan akan optimal jika masa kerja lebih dari 5 tahun. (Depkes RI, 2002).

- Kriteria :
- a. masa kerja lebih dari 5 tahun (optimal)
 - b. masa kerja kurang dari 5 tahun (kurang optimal)

Skala : ordinal

4. Kompetensi dalam pelatihan Asuhan Persalinan Normal (APN) adalah : ketrampilan untuk pertolongan pelayanan persalinan normal sesuai dengan standar dan kaidah tata laksana pertolongan persalinan normal.

Kriteria kompetensi adalah kompeten dan belum kompeten.

- a. Kompeten yaitu apabila bidan yang bersangkutan telah mengikuti pelatihan APN dan dinyatakan lulus oleh Pusat Pelatihan Klinik Primer (P2KP) sebagai institusi pelatihan, dengan dibuktikan yang bersangkutan memiliki sertifikasi kompeten.
- b. Belum kompeten yaitu apabila bidan yang bersangkutan belum lulus atau belum pernah mengikuti pelatihan APN, dengan dibuktikan yang bersangkutan tidak memiliki sertifikasi kompeten.

Skala : Ordinal

b. Bidan PTT (Pegawai Tidak Tetap)

Skala : Nominal

3. Masa kerja : lama waktu yang dinyatakan dalam tahun penuh, yang dihitung pada waktu pertama kali bertugas sebagai bidan sejak menjadi PNS/PTT. Rata-rata kinerja bidan akan optimal jika masa kerja lebih dari 5 tahun. (Depkes RI, 2002).

- Kriteria :
- a. masa kerja lebih dari 5 tahun (optimal)
 - b. masa kerja kurang dari 5 tahun (kurang optimal)

Skala : ordinal

4. Kompetensi dalam pelatihan Asuhan Persalinan Normal (APN) adalah : ketrampilan untuk pertolongan pelayanan persalinan normal sesuai dengan standar dan kaidah tata laksana pertolongan persalinan normal.

Kriteria kompetensi adalah kompeten dan belum kompeten.

- a. Kompeten yaitu apabila bidan yang bersangkutan telah mengikuti pelatihan APN dan dinyatakan lulus oleh Pusat Pelatihan Klinik Primer (P2KP) sebagai institusi pelatihan, dengan dibuktikan yang bersangkutan memiliki sertifikasi kompeten.
- b. Belum kompeten yaitu apabila bidan yang bersangkutan belum lulus atau belum pernah mengikuti pelatihan APN, dengan dibuktikan yang bersangkutan tidak memiliki sertifikasi kompeten.

Skala : Ordinal

5. Keuntungan yang dirasakan bidan adalah adanya suatu keuntungan yang dirasakan oleh bidan yang diperoleh berdasarkan kepada keikutsertaan pasien ibu bersalin yang dirujuk ke Rumahsakit didalam program Jaring Pengaman Sosial–Bidang Kesehatan (JPS–BK). Dengan dirujuknya pasien ibu bersalin yang termasuk dalam program JPS-BK, maka akan diperoleh suatu keuntungan bagi responden yang berupa *social cost dan real cost*. *Social cost* yaitu tidak melakukan pertolongan persalinan kepada pasien ibu bersalin program JPS-BK tersebut yang tidak dikenai biaya persalinan kepada pasien. Walaupun ada retitusi/biaya pengganti dari program JPS-BK untuk persalinan tetapi biaya tersebut tidak sebanding dengan tarif persalinan pada umumnya, atau bidan akan merasa beruntung jika menolong pasien persalinan selain program JPS-BK, atau menerima pasien pengobatan umum (*real cost*). Sehingga bidan merasa lebih beruntung jika pasien ibu bersalin program JPS-BK dirujuk ke Rumahsakit.

Kriteria :

- a. Ada keuntungan bagi bidan, jika pasien ibu bersalin yang dirujuk adalah pasien program JPS-BK
- b. Tidak ada keuntungan bagi bidan, jika pasien ibu bersalin yang dirujuk adalah bukan pasien program JPS-BK

Skala : Nominal

6. Pengetahuan pertolongan klinis persalinan adalah : kemampuan bidan dalam memahami/penguasaan materi penatalaksanaan persalinan ibu hamil, yang dihitung dengan angka yang didapat dari sejumlah pertanyaan yang meliputi :
- a. Persalinan kala I (dimulai setelah terjadinya his adekuat dan serviks mulai pembukaan sampai lengkap/10 cm).
 - b. Persalinan kala II (dimulai setelah pembukaan lengkap serviks dan berakhir dengan lahirnya seluruh tubuh janin).
 - c. Perawatan Bayi baru lahir, yaitu proses penatalaksanaan bayi segera setelah dilahirkan dari ibunya.
 - d. Penatalaksanaan kala III (dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta).
 - e. Penatalaksanaan kala IV (dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dalam dua jam setelah itu).
 - f. Mengenal tanda bahaya/resiko tinggi persalinan dan rujukan.
 - g. Terdapat 27 pertanyaan mengenai pengetahuan yang terdiri dari 19 pertanyaan favorable dan 8 pertanyaan unfavorable. Skor yang diberikan pada tipe jawaban favorable adalah 1 untuk jawaban yang benar dan 0 untuk jawaban yang salah, demikian sebaliknya untuk jawaban unfavorable.

Kategori : 1. baik bila total skor 19 - 27

2. Sedang bila total skor antara 10 - 18

3. Kurang bila total skor ≤ 9

Skala : Ordinal

7. Sikap terhadap pertolongan klinis persalinan adalah tanggapan mengenai penatalaksanaan pertolongan persalinan ibu hamil, yang dihitung dengan angka yang didapat dari sejumlah pertanyaan yang meliputi :
- Manajemen persalinan
 - Rujukan ibu bersalin
 - Aspek sayang ibu
 - Resiko tinggi persalinan
 - Diagnosis Resiko tinggi persalinan

Sikap diukur berdasarkan skala liekert, yaitu :

- setuju
- ragu-ragu
- tidak setuju

Terdapat 20 pertanyaan mengenai sikap yang terdiri dari 15 pertanyaan favorable dan 5 pertanyaan unfavorable. Skor yang diberikan pada tipe jawaban favorable adalah 2 untuk jawaban yang setuju, 1 untuk jawaban ragu-ragu dan 0 untuk jawaban yang tidak setuju, demikian sebaliknya untuk jawaban unfavorable.

Kategori : 1. baik bila total skor 15 - 20

2. Sedang bila total skor antara 8 – 14

3. Kurang bila total skor ≤ 7

Skala : Ordinal

Kategorisasi variabel pengetahuan dan sikap tidak mempergunakan skor simpangan baku karena distribusi data tidak normal.

8. Ketepatan diagnosis resiko tinggi ibu bersalin.

Ketepatan diagnosis resiko tinggi ibu bersalin oleh bidan yang merujuk diperoleh dengan cara mencocokkan antara diagnosis resiko tinggi yang tertera pada kartu rujukan bidan dengan diagnosis resiko tinggi yang tertera pada buku rekam medis RSUD M Ashari Pemalang.

Proses mendapatkan kriteria tepat dan tidak tepat :

Kriteria :

- f. Diagnosis dikatakan tepat apabila ada kecocokan/kesamaan diagnosis antara bidan yang merujuk dengan bagian kebidanan Rumahsakit.
- g. Diagnosis dikatakan tidak tepat apabila tidak ada kecocokan/kesamaan diagnosis antara bidan yang merujuk dengan bagian kebidanan Rumahsakit.

Skala : Nominal

E. Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan studi analitik secara kuantitatif untuk mengetahui hubungan karakteristik (pendidikan, kriteria kepegawaian, masa kerja dan kompetensi), keuntungan, pengetahuan dan sikap bidan terhadap pertolongan klinis persalinan dengan ketepatan diagnosis resiko tinggi ibu bersalin yang dirujuk ke Rumahsakit M Ashari, sedangkan pendekatan kualitatif diambil

terhadap beberapa faktor yang dianggap penting untuk lebih memperjelas latar belakang fenomena kasus rujukan di Rumahsakit oleh bidan.

Jenis penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan pendekatan *crossectional*, karena merupakan penelitian lapangan dan data yang dikumpulkan dalam periode waktu yang bersamaan. (Arikunto, 1995)

F. Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian adalah seluruh bidan yang melakukan rujukan ibu bersalin ke Rumahsakit M Ashari Pematang, periode bulan Januari 2001 sampai dengan bulan Mei 2001. Keseluruhan populasi berjumlah 56 bidan.

Sedangkan sampel yang diambil adalah keseluruhan dari populasi, karena jumlahnya tidak besar dan dipandang memungkinkan untuk dilakukan penelitian secara keseluruhan.

Kriteria sampel :

Kriteria sampel dalam penelitian ini adalah bidan yang melakukan rujukan ibu bersalin ke Rumahsakit M Ashari Pematang, periode bulan Januari sampai dengan periode bulan Mei 2002.

Untuk melengkapi informasi, dilakukan penggalan data dengan cara melakukan wawancara mendalam kepada bidan yang merujuk serta untuk mengecek kebenaran data dilakukan wawancara triangulasi kepada pasien dan keluarga serta pihak kebidanan Rumahsakit M Ashari (dokter kandungan dan bidan yang menerima rujukan). Untuk sampel wawancara mendalam terhadap

pasien dan keluarga dilakukan masing-masing sebanyak 8 orang responden secara proporsional, yaitu tiap orang responden mewakili satu kecamatan sesuai dengan distribusi bidan yang merujuk. Distribusi bidan yang merujuk berasal dari 8 Kecamatan dari 13 Kecamatan yang ada di Kabupaten Pematang Jaya.

G. Instrumen Penelitian

Instrumen/alat penelitian untuk mengukur hubungan karakteristik bidan, keuntungan, pengetahuan dan sikap bidan dengan ketepatan diagnosis risiko tinggi ibu bersalin yang dirujuk ke Rumahsakit M Ashari digunakan alat ukur kuesioner yang meliputi :

1. Karakteristik responden, meliputi :

Pendidikan, kriteria kepegawaian, masa kerja dan kompetensi bidan.

2. Keuntungan yang dirasakan bidan terhadap pertolongan klinis persalinan
3. Materi pengetahuan dan sikap bidan terhadap pertolongan klinis persalinan

H. Proses Pengumpulan Data

1. Data Primer, yaitu data yang diperoleh dari hasil pengisian kuesioner melalui kuesioner kepada bidan yang merujuk, yang meliputi pengetahuan dan sikap bidan terhadap pertolongan klinis persalinan. Disamping itu dilakukan wawancara mendalam kepada bidan yang merujuk mengenai alasan melakukan rujukan, bidan/dokter kandungan Rumahsakit yang

menerima rujukan yang meliputi proses persalinan, dan kepada pasien serta keluarga tentang alasan kenapa ibu sampai dirujuk.

Tabel 3.1. Kisi-kisi pertanyaan pengetahuan

No	Materi	Pengetahuan	
		favorable	unfavorable
1	Penatalaksanaan kala I	1, 4	2, 3
2	Penatalaksanaan kala II	6, 7	5
3	Perawatan bayi baru lahir	10	8, 9
4	Penatalaksanaan kala III dan IV	12	11
5	Tanda bahaya/resiko tinggi dan Rujukan	14, 15, 16, 18a, 18b, 18c, 18d, 18e, 18f 19a, 19b, 19c, 19d	13, 17

Tabel 3.2. Kisi-kisi pertanyaan sikap

No	Materi	Pengetahuan	
		favorable	unfavorable
1	Manajemen persalinan	1, 2, 3, 4	-
2	Rujukan ibu bersalin	6, 7, 9	5, 8, 10
3	Aspek sayang ibu	12	11
4	Resiko tinggi persalinan	13, 14, 15, 17	16
5	Diagnosa Resiko tinggi persalinan	18, 19	20

2. Data Sekunder, yaitu data yang diperoleh dari data yang sudah tersedia pada Kantor Dinas Kesehatan, Rumahsakit dan tempat pelatihan (P2KP-KR) yang berhubungan dengan penelitian ini seperti Gambaran umum

wilayah, Cakupan program Rumahsakit dan karakteristik responden (pendidikan, kriteria kepegawaian, masa kerja dan kompetensi bidan dalam Asuhan Persalinan Normal).

I. Prosedur Penelitian

1. Tahap persiapan

- a. Penyelesaian administrasi dan perijinan penelitian yang dilakukan pada awal bulan September 2002.
- b. Melakukan uji validitas dan reliabilitas instrumen penelitian untuk aspek kuantitatif sebelum penelitian. Uji coba alat pengumpul data dilaksanakan pada bulan September 2002. Uji coba kuesioner dilakukan pada 30 bidan di wilayah Kabupaten Pematang, selain yang menjadi sampel penelitian, tetapi dengan kondisi setara dengan sampel penelitian.

Uji validitas menggunakan validitas isi yaitu dengan melihat apakah alat ukur telah memuat pertanyaan yang relevan dengan materi yang akan diteliti. Pengujian validitas dan reliabilitas dilakukan dengan mengukur korelasi tiap item pertanyaan, dengan bantuan program SPSS versi 10.5 melalui *Reliability Analysis*.

Langkah-langkah analisis validitas:

- a). Menentukan Hipotesis

H_0 = Skor butir berkorelasi positif dengan skor faktor

H_1 = Skor butir tidak berkorelasi positif dengan skor faktor

b). Menentukan nilai r tabel

Nilai r tabel ditentukan berdasarkan df (jumlah kasus $- 2$), dalam hal ini $df = 30 - 2 = 28$, tingkat signifikan 5% didapat angka 0,239. Jika hipotesis menunjukkan arah positif, maka uji yang dilakukan adalah satu arah.

c). Menentukan r hasil

Nilai r hasil untuk tiap item diperoleh dari hasil output Analysis pada kolom *Corrected item-total correlation*.

d). Mengambil Keputusan

Dasar mengambil keputusan adalah :

- d).1. Jika r hasil positif, serta r hasil $> r$ tabel, maka butir tersebut valid.
- d).2. Jika r hasil tidak positif, atau r hasil $< r$ tabel, maka butir tersebut tidak valid.

Kemudian jika ada butir pertanyaan yang tidak valid, maka butir tersebut dikeluarkan, dan proses analisis diulang lagi sampai butir pertanyaan valid semuanya.

Setelah semua butir pertanyaan valid semuanya, kemudian dilanjutkan analisis untuk mencari reliabilitas.

Langkah-langkah analisis reliabilitas :

a) Menentukan Hipotesis :

H_0 = Skor butir berkorelasi positif dengan komposit faktornya.

H_i = Skor butir tidak berkorelasi positif dengan komposit faktornya.

b) Menentukan nilai r tabel

Nilai r tabel ditentukan berdasarkan df (jumlah kasus – 2), dalam hal ini $df = 30 - 2 = 28$, tingkat signifikan 5% didapat angka 0,239. Jika hipotesis menunjukkan arah positif, maka uji yang dilakukan adalah satu arah.

c) Menentukan r hasil

Nilai r hasil adalah angka Alpha yang terletak pada akhir output analisis.

d). Mengambil Keputusan

Dasar mengambil keputusan :

d).1. Jika r Alpha Positif dan r Alpha > r tabel, maka butir tersebut reliabel

d).2. Jika r Alpha Positif dan r Alpha < r tabel, maka butir tersebut tidak reliabel

Jika nilai 0,800 – 1,00 (nilai reliabilitasnya sangat tinggi), 0,600 – 0,799 (tinggi), 0,400 – 0,599 (cukup), 0,200 – 0,399 (rendah).

b.1. Validitas dan Reliabilitas Variabel Pengetahuan

b.1.1 Validitas

Seluruh butir pertanyaan dimasukkan dalam perhitungan, dan diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel 3.3.a. Hasil uji validitas variabel pengetahuan

No	Butir Pertanyaan	r hasil	r tabel	Keterangan
1	2	3	4	5
1	1	0,5706	0,2390	valid
2	2	0,4668	0,2390	Valid
3	3	0,4447	0,2390	Valid
4	4	0,3778	0,2390	Valid
5	5	0,5449	0,2390	Valid
6	6	0,3895	0,2390	Valid
7	7	0,1621	0,2390	Tidak valid
8	8	0,4447	0,2390	Valid
9	9	-0,0228	0,2390	Tidak valid
10	10	0,3437	0,2390	Valid
11	11	0,5225	0,2390	Valid
12	12	-0,0806	0,2390	Tidak valid
13	13	0,5382	0,2390	Valid
14	14	-0,1992	0,2390	Tidak valid
15	15	0,4548	0,2390	Valid
16	16	0,5044	0,2390	Valid
17	17	-0,0931	0,2390	Idak valid
18	18	0,4280	0,2390	Valid
19	19	0,3956	0,2390	Valid
20	20	0,4531	0,2390	Valid
21	21	0,3633	0,2390	Valid
22	22	0,3758	0,2390	Valid
23	23	0,5270	0,2390	Valid
24	24	0,3640	0,2390	Valid
25	25	0,5048	0,2390	Valid
26	26	-0,3946	0,2390	Tidak valid
27	27	-0,1372	0,2390	Tidak valid
28	28	0,6333	0,2390	valid

1	2	3	4	5
29	29	0,4064	0,2390	Valid
30	30	0,4240	0,2390	Valid
31	31	-0,0187	0,2390	Tidak valid
32	32	0,6632	0,2390	Valid
33	33	0,5425	0,2390	Valid
34	34	0,4240	0,2390	Valid
35	35	0,6333	0,2390	valid

Butir yang tidak valid dikeluarkan dan datanya dimasukkan dalam perhitungan kembali dengan hasil sebagai berikut :

Tabel 3.3.b. hasil uji validitas variabel pengetahuan

No	Butir Pertanyaan	r hasil	r tabel	Keterangan
1	2	3	4	5
1	1	0,5720	0,2390	valid
2	2	0,4999	0,2390	Valid
3	3	0,4569	0,2390	Valid
4	4	0,3868	0,2390	Valid
5	5	0,5324	0,2390	Valid
6	6	0,3981	0,2390	Valid
7	7	0,4783	0,2390	valid
8	8	0,3616	0,2390	Valid
9	9	0,5432	0,2390	valid
10	10	0,5280	0,2390	Valid
11	11	0,4535	0,2390	Valid
12	12	0,4973	0,2390	valid
13	13	0,4129	0,2390	Valid
14	14	0,3815	0,2390	valid
15	15	0,4689	0,2390	Valid
16	16	0,3295	0,2390	Valid
17	17	0,3949	0,2390	valid
18	18	0,5389	0,2390	Valid
19	19	0,3970	0,2390	Valid
20	20	0,5146	0,2390	Valid
21	21	0,6208	0,2390	Valid
22	22	0,4655	0,2390	Valid

1	2	3	4	5
23	23	0,4280	0,2390	Valid
24	24	0,6635	0,2390	Valid
25	25	0,5184	0,2390	Valid
26	26	0,4785	0,2390	valid
27	27	0,6208	0,2390	valid

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0

N of items = 27

Alpha = 0,9019

Dari hasil perhitungan ini, ternyata keseluruhan (butir 1 – 27) semuanya dinyatakan valid dan butir-butir tersebut yang nantinya dipakai dalam variabel pengetahuan.

b.1.2 Reliabilitas

Diperoleh angka Alpha = 0,9019, angka ini lebih besar dibandingkan dengan r tabel sebesar 0,239, sehingga butir-butir pertanyaan tersebut dapat dinyatakan reliabel.

b.2. Validitas dan Reliabilitas Variabel Sikap

b.2.1 Validitas

Seluruh butir pertanyaan dimasukkan dalam perhitungan, dan diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel 3.4.a. Hasil uji validitas variabel Sikap

No	Butir Pertanyaan	r hasil	r tabel	Keterangan
1	2	3	4	5
1	1	0,0117	0,2390	Tidak valid
2	2	0,4036	0,2390	Valid
3	3	0,5360	0,2390	Valid
4	4	0,3919	0,2390	Valid
5	5	0,3919	0,2390	Valid
6	6	0,5992	0,2390	Valid
7	7	0,6751	0,2390	valid
8	8	0,4142	0,2390	Valid
9	9	-0,2202	0,2390	Tidak valid
10	10	0,6135	0,2390	Valid
11	11	0,5517	0,2390	Valid
12	12	0,4654	0,2390	valid
13	13	0,0774	0,2390	Tidak valid
14	14	-0,1494	0,2390	Tidak valid
15	15	0,7007	0,2390	Valid
16	16	0,6041	0,2390	Valid
17	17	-0,2040	0,2390	Idak valid
18	18	0,5526	0,2390	Valid
19	19	0,3311	0,2390	Valid
20	20	0,6401	0,2390	Valid
21	21	0,3919	0,2390	Valid
22	22	0,5274	0,2390	Valid
23	23	0,3777	0,2390	Valid
24	24	0,5225	0,2390	Valid
25	25	0,5526	0,2390	Valid

Butir yang tidak valid dikeluarkan dan datanya dimasukkan dalam perhitungan kembali dengan hasil sebagai berikut :

Tabel 3.4.b. hasil uji validitas variabel sikap

No	Butir Pertanyaan	r hasil	r tabel	Keterangan
1	2	3	4	5
1	1	0,4335	0,2390	valid
2	2	0,5280	0,2390	Valid
3	3	0,3672	0,2390	Valid
4	4	0,3672	0,2390	Valid
5	5	0,6157	0,2390	Valid
6	6	0,7109	0,2390	Valid
7	7	0,3854	0,2390	valid
8	8	0,6660	0,2390	Valid
9	9	0,6010	0,2390	valid
10	10	0,5338	0,2390	Valid
11	11	0,7281	0,2390	Valid
12	12	0,6010	0,2390	valid
13	13	0,5672	0,2390	Valid
14	14	0,3892	0,2390	valid
15	15	0,6700	0,2390	Valid
16	16	0,4614	0,2390	Valid
17	17	0,5955	0,2390	valid
18	18	0,3779	0,2390	Valid
19	19	0,5001	0,2390	Valid
20	20	0,5672	0,2390	Valid

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0

N of items = 20

Alpha = 0,9010

Dari hasil perhitungan ini, ternyata keseluruhan (butir 1 – 20) semuanya dinyatakan valid dan butir-butir tersebut yang nantinya dipakai dalam variabel sikap.

b.2.2 Reliabilitas

Diperoleh angka Alpha = 0,9010, angka ini lebih besar dibandingkan dengan r tabel sebesar 0,239, sehingga butir-butir pertanyaan tersebut dapat dinyatakan reliabel.

2. Tahap pelaksanaan

Pelaksanaan pengumpulan data dilakukan pada bulan Oktober 2002. Pengisian instrumen kuesioner dilakukan oleh peneliti dibantu dua orang enumerator Sarjana Kesehatan Masyarakat dan dua orang sarjana muda kesehatan yang telah dilatih sebelumnya.

3. Tahap akhir : pengolahan data.

Data yang telah dikumpulkan dilakukan pengolahan dengan tahap-tahap sebagai berikut :

a. Editing

langkah ini dimaksudkan untuk melakukan pengecekan kelengkapan data, kesinambungan data dan keseragaman data mengenai karakteristik, pengetahuan, sikap, gambaran wilayah dan gambaran kesehatan .

b. Koding

Setelah dilakukan editing, langkah selanjutnya adalah melakukan pengkodean data untuk memudahkan pengolahannya.

c. Tabulating

Tabulasi merupakan kelanjutan langkah coding untuk mengelompokkan data ke dalam suatu data tertentu menurut sifat-sifat yang dimiliki sesuai dengan tujuan penelitian.

J. Analisa Data

Dengan menggunakan Software Program SPSS Version 10. Di dalam menganalisa data penelitian dilakukan melalui tiga jenis analisa statistik, yaitu :

1. Univariate

Analisa univariate merupakan penyajian yang hanya mempersoalkan satu variabel yang dalam penyajiannya berbentuk tabel distribusi frekuensi, yang meliputi : jenis pendidikan bidan, kriteria kepegawaian, masa kerja, kompetensi, pengetahuan dan sikap bidan terhadap pertolongan klinis persalinan, serta ketepatan merujuk ibu bersalin ke Rumahsakit.

2. Bivariate

Analisa Bivariate digunakan untuk menguji hubungan masing-masing variabel bebas (pendidikan, jenis kepegawaian, masa kerja, kompetensi, keuntungan, pengetahuan dan sikap) terhadap variabel terikat (ketepatan diagnosis resiko tinggi). Analisa statistik yang digunakan untuk menguji hubungan masing-masing variabel bebas terhadap variabel terikat tersebut, menggunakan uji *Chi Square*, Pengujian dilakukan melalui

program SPSS versi 10.5. Untuk mengetahui apakah telah terjadi hubungan yang signifikan atau tidak terjadi hubungan yang signifikan, maka digunakan nilai p value yang dibandingkan dengan tingkat kesalahan (α) yang digunakan yaitu 5 %. Apabila nilai p value $< 0,05$, maka telah terjadi hubungan yang signifikan antara variabel-variabel yang diuji tersebut. Akan tetapi apabila p value $> 0,05$, maka tidak ada hubungan yang signifikan antara variabel-variabel yang diuji.

Untuk mengetahui seberapa besar kekuatan hubungan yang terjadi maka digunakan koefisien Phi. Koefisien Phi memiliki kisaran antara 0 – 1. Nilai 0 menunjukkan tidak ada hubungan sama sekali antara variabel-variabel yang diujikan, dan nilai 1 menunjukkan telah terjadi hubungan yang sempurna antara variabel-variabel yang diuji tersebut. Kekuatan hubungan pada koefisien korelasi selengkapnya dapat dijelaskan sebagai berikut :

Interval Koefisien	Kekuatan Hubungan
0,00 - 0,199	Sangat lemah
0,20 – 0,399	Lemah
0,40 – 0,599	Sedang
0,60 – 0,799	Kuat
0,80 – 1,000	Sangat kuat/sempurna

Sumber : Slamet Y, Drs, Msc, Analisa kuantitatif untuk Data Sosial, 1993

Hipotesis : Apabila nilai X^2 hitung sama atau lebih besar harga X^2 tabel, maka H_0 ditolak dan apabila nilai X^2 hitung kurang dari harga X^2 tabel maka H_0 diterima, dengan taraf kepercayaan 95%.

3. Multivariate

Analisa Multivariate digunakan untuk menguji hubungan variabel bebas secara bersama-sama terhadap variabel terikat. Disamping itu dalam analisa multivariate dapat diketahui besar sumbangan/faktor yang paling dominan dari variabel bebas terhadap variabel terikat. Analisis yang digunakan adalah *Multiple Regression Logistic Analysis*.

Hipotesis : apabila p hitung sama atau lebih besar dari tingkat kesalahan α 5 % maka H_0 ditolak, dan apabila nilai p hitung kurang dari tingkat kesalahan α 5 % maka H_0 diterima.

BAB IV HASIL PENELITIAN

A. Gambaran Umum

1. Gambaran Umum Kabupaten Pemalang

a. Keadaan Wilayah dan Demografi

Kabupaten Pemalang terletak antara 109 derajat 17 menit 30 detik bujur timur sampai 109 derajat 40 menit bujur timur dan 8 derajat 53 menit 30 detik lintang selatan. Batas-batas wilayah geografis Kabupaten Pemalang adalah sebagai berikut :

- Sebelah utara : Laut Jawa
- Sebelah timur : Kabupaten Pekalongan
- Sebelah selatan : Kabupaten Purbalingga
- Sebelah barat : Kabupaten Tegal

Luas wilayah Kabupaten Pemalang adalah 111.530.306 Ha yang terdiri dari 38.694,97 Ha tanah sawah dan 72.836,209 Ha tanah kering termasuk hutan. Kabupaten Pemalang terbagi menjadi 13 Kecamatan dan 222 desa dengan jumlah penduduk sebesar 1.290.513 jiwa. Komposisi penduduk menurut golongan umur dan jenis kelamin dapat disajikan sebagai berikut :

Tabel 4.1 Komposisi Penduduk Menurut Golongan Umur dan Jenis Kelamin

No	Umur	Laki-laki	Perempuan	Jumlah
1	0 – 1	21.355	25.835	47.190
2	1 – 4	68.729	73.325	142.054
3	5 – 14	166.344	163.172	329.516
4	15 – 44	241.651	244.351	486.002
5	45 – 64	97.920	103.460	201.380
6	> 65	38.842	45.529	84.371
	Jumlah	634.841	655.672	1.290.513

Sumber : Pemalang Dalam Angka tahun 2002, Oleh Bupati KDH Pemalang.

b. Fasilitas kesehatan yang ada di Kabupaten Pemalang antara lain :

- 22 Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)
- 49 Puskesmas Pembantu (Pustu)
- 161 Poliklinik Bersalin Desa (Polondes)
- 3 Rumah sakit
- 31 Dokter Puskesmas

c. Keberadaan Bidan

Distribusi bidan di Kabupaten Pemalang menurut Puskesmas dapat disampaikan seperti tabel berikut ini :

Tabel 4.2. Distribusi bidan menurut Puskesmas se Kabupaten Pemalang

No	Nama Puskesmas	Jumlah Desa	Jumlah Bidan			
			Bidan Puskesmas	Bidan Desa PNS	Bidan Desa PTT	Jumlah
1	Banyumudal	10	1	2	6	9
2	Warung Pring	6	2	1	3	6
3	Pulosari	12	1	1	8	10
4	Watukumpul	15	2	3	9	14
5	Belik	12	2	6	5	13
6	Randudongkal	9	1	5	4	10
7	Kalimas	9	1	5	3	9
8	Bantarbolang	17	2	7	6	15
9	Paduraksa	9	2	2	5	9
10	Mulyoharjo	5	3	2	0	5
11	Kebondalem	6	4	0	2	6
12	Banjardawa	5	3	2	2	7
13	Kabunan	5	3	1	3	7
14	Jebed	11	4	3	6	13
15	Petarukan	13	2	5	9	13
16	Klareyan	7	2	2	5	9
17	Purwoharjo	10	3	4	6	13
18	Sarwodadi	8	2	1	4	7
19	Kebandaran	19	3	3	6	12
20	Losari	16	3	8	8	19
21	Rowosari	7	3	2	5	10
22	Mojo	11	2	2	7	11
	Jumlah	222	51	67	108	227

Sumber : Data Skunder, Profil Kesehatan tahun 2002

2. Gambaran Umum RSUD M Ashari Pemalang

Rumahsakit Umum M Ashari Pemalang sebagai Rumahsakit rujukan se wilayah Kabupaten Pemalang adalah Rumahsakit Type C yang didirikan sejak tahun 1983 dengan SK Menkes No 233/Menkes-SK/VI/1983.

RSUD M Ashari Pemalang menempati lokasi seluas 5,529 Ha di Jl Gatot Subroto no 41 Pemalang. Jumlah bangunan sebanyak 19 unit dengan luas bangunan 4.717 m², Door Loop 887,5 m², terdiri dari :

- a. Instalasi rawat inap 7 gedung
 - 1). Bangsal Kesehatan Anak : 30 tempat tidur
 - 2). Bangsal Bedah : 35 tempat tidur
 - 3). Bangsal Penyakit Dalam : 35 tempat tidur
 - 4). Bangsal Kebidanan : 30 tempat tidur
 - 5). Teladan utama I : 11 tempat tidur
 - 6). Teladan utama II : 20 tempat tidur
 - 7). Ruang Perawatan Intensif : 5 tempat tidur
- b. Instalasi Rawat Jalan 1 gedung
- c. Instalasi Gawat Darurat 1 gedung
- d. Instalasi Bedah sentral
- e. Instalasi Gizi
- f. Instalasi Farmasi
- g. Gedung Pusat cucian

- h. Kamar jenazah
- i. Radiologi 1 gedung
- j. Laboratorium 1 gedung
- k. Rekam medik
- l. Kantor
- m. Ruang dokter
- n. Ruang sidang
- o. Aula
- p. Masjid
- q. Perumahan dokter
- r. Perumahan paramedis

2.1. Visi

Terwujudnya RSUD M Ashari yang bermutu, terjangkau dan merata bagi semua.

2.2. Misi

- a. Memberikan pelayanan sesuai standar dengan sumber daya yang ada
- b. Sebagai pusat pelayanan dan rujukan
- c. Sarana peningkatan dan pengembangan sumber daya manusia di bidang kesehatan
- d. Terus berkembang selaras dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi dan kebutuhan masyarakat.

2.3. Motto

“Ramah, Cepat, Tepat dan Ikhlas”

2.4. Falsafah

“Mengutamakan Keselamatan dan Kepuasan pasien”

2.5. Fasilitas Pelayanan Kesehatan

a . Medik

Untuk melayani kebutuhan masyarakat/pasien yang akan masuk ke rumahsakit pada dasarnya tidak mengalami hambatan dalam hal pelayanan medik. Jika terjadi kesulitan maka dilakukan upaya system rujukan.

b. Penunjang Medik

- 1) 3 unit pesawat Rontgent
- 2) 3 unit E K G
- 3) 2 unit U S G
- 4) 1 unit audiometric
- 5) 1 unit mikroskop
- 6) peralatan laboratorium lain.

c. Penunjang Pelayanan

- 1) 3 unit ambulance
- 2) 2 unit jeep

2.6. Ketenagaan

a. Dokter Umum

- | | |
|--------------------------|-----------|
| 1) Dokter umum (PNS) | : 2 orang |
| 2) Dokter Umum (PTT) | : 1 orang |
| 3) Dokter umum (kontrak) | : 2 orang |

b. Dokter Spesialis

- | | |
|---|----------------|
| 1) Dokter Ahli Penyakit Dalam | : 2 orang |
| 2) Dokter Ahli Kesehatan Anak | : 2 orang |
| 3) Dokter Ahli Kebidanan & Penyakit Kandungan | : 2 orang |
| 4) Dokter Ahli Bedah | : 2 orang |
| 5) Dokter Ahli Penyakit THT | : 1 orang |
| 6) Dokter Ahli Penyakit Mata | : 1 orang |
| 7) Dokter Ahli Penyakit Syaraf | : 1 orang |
| 8) Dokter Gizi | : 4 orang |
| 9) Dokter Ahli Penyakit Kulit dan Kelamin | : 1 orang |
| 10) Dokter Ahli Radiologi (tamu) | : 1 orang |
| 11) Apoteker | : 2 orang |
| 12) Bidan P N S | : 8 orang |
| 13) Bidan Kontrak | : 2 orang |
| 14) Paramedis perawatan | : |
| a) AKPER / SPK (PNS) | : 7 / 48 orang |
| b) AKPER / SPK (kontrak) | : 4/13 orang |

- | | |
|---|------------|
| 15) Paramedis non perawatan | : 25 orang |
| (terdiri dari AA, SMAK, AKZI, Fisioterapi, SPPH, dll) | |
| 16) Paramedis pembantu | : 6 orang |
| 17) Non Medis | : 95 orang |

2.7. Indikator Keberhasilan Rumahsakit

Perkembangan suatu Rumahsakit dapat dilihat dari beberapa indikator. Indikator tersebut menunjukkan sampai sejauh mana keberhasilan pihak manajemen Rumahsakit dalam mengelola Rumahsakit tersebut.

Rumahsakit M Ashari Pernalang dilihat dari indikator yang ada, maka dapat dikatakan lebih baik dari tahun-tahun sebelumnya, baik menyangkut jumlah pengunjung baru maupun dari pelayanan medis yang lain. Indikator keberhasilan RSUD M Ashari Pernalang dapat dilihat dari penampilan kerja Rumahsakit dari tahun 1997 sampai dengan tahun 2001 (tabel 4.3). Disamping itu ditampilkan pula data maternal yang menunjukkan gambaran angka pelayanan maternal yang terjadi di Rumahsakit dari tahun 1997 sampai dengan tahun 2001 (tabel 4.4).

Tabel 4.3. Penampilan Kerja RSUD M Ashari Pemalang, tahun 1997 – 2001

No	Uraian	1997	1998	1999	2000	2001
1	Tempat tidur	144	144	144	144	144
2	Jumlah penderita	7426	7882	7622	8423	7932
3	Penderita keluar hidup	7075	7418	7205	7168	7522
4	Kematian keseluruhan (CDR)	348	388	351	377	373
5	Kematian < 48 jam	192	222	203	220	232
6	Kematian > 48 jam	151	155	142	151	135
7	Hari Pelayanan Perawatan	31382	31928	28716	27964	28345
8	Hari lama perawatan	32218	32645	29672	28767	28709
9	B O R (%)	55,13	61,45	53,19	52,25	55,41
10	G D R (%)	46,64	46,54	49,82	46,20	47,21
11	N D R (%)	20,63	21,55	19,25	20,35	17,65
12	A V L O S	4,13	4,20	3,75	3,42	2,80
13	T O I	3,44	2,60	3,24	3,40	2,95
14	B T O	47,50	54,75	52,65	51,26	54,47

Sumber : Tampilan Kerja RSUD M Ashari Pemalang, 2002

Tabel 4.4. Data Maternal RSUD M Ashari Pemalang Periode tahun 1997 – 2001

No	Uraian	1997	1998	1999	2000	2001
1	Partus Normal	197	301	166	155	288
2	Partus Patologis	508	592	576	596	672
3	Seksio Caesaria	79	70	49	62	73
4	Vakum Ekstraksi	126	218	199	190	139
5	Infusdrips Pitons	303	304	109	107	205
6	Jumlah Rujukan	378	432	540	491	672
7	Jumlah Kematian	14	19	21	13	23
	- Karena Pendarahan	5	8	8	4	5
	- Eklamsia	2	4	4	2	5
	- Pre Eklamsia	0	0	1	0	0
	- Infeksi	1	3	3	2	4
	- Ruptura Uteri	4	1	1	1	2
	- Decomp Cordis	1	2	1	1	3
	- Hepatitis	1	0	3	0	2
	- Inpartu Anemia	0	0	0	2	1
	- Emboli air Ketuban	0	1	0	0	1

Sumber : Tampilan Kerja RSUD M Ashari Pemalang, 2002

B. Karakteristik Responden

1. Distribusi Responden Menurut Pendidikan

Distribusi Responden bidan menurut pendidikan terdiri dari 53 responden (94,64%) berpendidikan sekolah bidan 1 tahun dan sebanyak 3 responden (5,36%) berpendidikan tamat D3 kebidanan. Tabel berikut ini menggambarkan distribusi responden bidan menurut pendidikan.

Tabel 4.5. Distribusi Responden menurut Pendidikan

No	Pendidikan	f	%
1	Tamat Akademi Kebidanan (D3)	3	5,36
2	Tamat Sekolah Bidan satu tahun	53	94,64
	Jumlah	56	100

Sumber : Data Sekunder, Profil Kesehatan tahun 2002

2. Distribusi Responden Menurut Kriteria Kepegawaian

Kriteria kepegawaian bidan dibedakan antara bidan yang termasuk pegawai negeri sipil (PNS) dan bidan yang termasuk pegawai tidak tetap (PTT). Berdasarkan hasil penelitian, kriteria kepegawaian responden sebagian besar adalah PTT (71,43%). Sedangkan kriteria kepegawaian PNS adalah sebesar 28,57%. Distribusi jenis kepegawaian responden dapat disajikan sebagai berikut:

Tabel 4.6. Distribusi Responden Bidan menurut kriteria Kepegawaian

No	Kriteria Kepegawaian	f	%
1	Pegawai Negeri Sipil (PNS)	16	28,57
2	Pegawai Tidak Tetap (PTT)	40	71,43
	Jumlah	56	100

Sumber : Data Sekunder, Profil Kesehatan tahun 2002

3. Distribusi Responden Menurut Masa Kerja

Masa kerja responden dibedakan antara responden yang telah bekerja lebih dari 5 tahun dan masa kerja kurang dari 5 tahun. Dari hasil penelitian didapat bahwa sebagian besar responden telah bekerja sebagai bidan di masyarakat lebih dari 5 tahun (69,64%), sedangkan masa kerja bidan kurang dari lima tahun adalah sebesar 30,36%. Distribusi masa kerja responden dapat digambarkan sebagai berikut :

Tabel 4.7. Distribusi Responden menurut masa kerja

No	Masa Kerja	f	%
1	≥ 5 Tahun (optimal)	39	69,64
2	< 5 Tahun (kurang optimal)	17	30,36
	Jumlah	56	100

Sumber : Data Sekunder, Urusan Kepegawaian tahun 2002

4. Distribusi Responden Menurut Kompetensi dalam Pelatihan Asuhan Persalinan Normal (APN)

Dari hasil penelitian, distribusi kompetensi responden dalam Pelatihan Asuhan pertolongan persalinan Normal (APN) terlihat bahwa

sebanyak 42 (75,00%) responden telah kompeten, dan sebanyak 14 (25,00%) belum kompeten dalam Asuhan Pertolongan Normal. Distribusi responden menurut kompetensi dapat di gambarkan sebagai berikut :

Tabel 4.8. Distribusi Responden berdasarkan Kompetensi dalam Pelatihan Asuhan Persalinan Normal.

No	Kompetensi Dalam Asuhan Persalinan Normal	f	%
1	Kompeten	42	75,00
2	Belum Kompeten	14	25,00
	Jumlah	56	100

Sumber : Data Sekunder, Subdin Kesga tahun 2002.

C. Distribusi Keuntungan yang dirasakan oleh Responden Berdasarkan Keikutsertaan Pasien Ibu Bersalin dalam Program JPSD-BK.

Dengan dirujuknya pasien ibu bersalin yang termasuk dalam program JPS-BK, maka akan diperoleh suatu keuntungan bagi responden, yaitu tidak melakukan pertolongan persalinan kepada pasien ibu bersalin program JPS-BK tersebut yang tidak dikenai biaya persalinan kepada pasien. Walaupun ada retitusi/biaya pengganti dari program JPS-BK untuk persalinan tetapi biaya tersebut tidak sebanding dengan tarif persalinan pada umumnya, atau bidan akan merasa beruntung jika menolong pasien persalinan selain program JPS-BK, atau menerima pasien pengobatan umum. Sehingga bidan merasa lebih beruntung jika pasien ibu bersalin program JPS-BK dirujuk ke Rumahsakit. Tabel berikut ini merupakan gambaran distribusi ibu bersalin yang dirujuk berdasarkan keikutsertaan didalam program JPS-BK.

Tabel 4.9. Distribusi keuntungan yang dirasakan bidan berdasarkan keikutsertaan Ibu bersalin yang dirujuk ke Rumahsakit dalam program JPS-BK.

No	Keikutsertaan Program JPS-BK (keuntungan bidan)	f	%
1	Ibu bersalin Program JPS-BK (ada keuntungan bidan)	17	30,36
2	Ibu bersalin non Program JPS-BK (tidak ada keuntungan)	39	69,64
	Jumlah	56	100

D. Distribusi Pengetahuan Responden Tentang Pertolongan Persalinan

Tingkat pengetahuan responden dinyatakan baik apabila dapat menjawab lebih dari 19 pertanyaan dengan benar, tingkat pengetahuan dinyatakan sedang apabila dapat menjawab 10 – 18 pertanyaan dengan benar dan tingkat pengetahuan dinyatakan kurang apabila hanya dapat menjawab pertanyaan dengan benar kurang dari 10 pertanyaan. Distribusi tingkat pengetahuan responden dapat disajikan sebagai berikut :

Tabel 4.10. Distribusi tingkat Pengetahuan Responden tentang pertolongan persalinan

No	Pengetahuan Responden	f	%
1	Pengetahuan baik (skor 19 – 27)	46	82,14
2	Pengetahuan sedang (skor 10 – 18)	10	17,86
3	Pengetahuan kurang (skor 0 – 9)	0	0
	Jumlah	56	100

Berdasarkan penelitian diperoleh hasil bahwa responden yang memiliki tingkat pengetahuan baik sebanyak 46 responden (82,14%), responden yang memiliki tingkat pengetahuan sedang sebanyak 10 responden (17,86%), dan tidak terdapat responden yang memiliki tingkat pengetahuan kurang. Selengkapnya, distribusi frekuensi jawaban responden untuk variabel pengetahuan tentang pertolongan persalinan diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel 4.11. Distribusi Jawaban Pengetahuan tentang pertolongan persalinan.

No	Item Pertanyaan	Jawaban Responden			
		Benar	%	Salah	%
1	2	3	4	5	6
1	Persalinan kala I dimulai sejak ibu hamil inpartu dan berakhir saat pembukaan serviks lengkap	56	100	0	0
2	Keluarnya lendir dan darah serta adanya kontraksi uterus teratur, bukan merupakan tanda utama persalinan kala I	42	75,00	14	25,00
3	Riwayat obstetrik sebelumnya tidak diperlukan dalam persalinan saat ini	41	73,21	15	26,79
4	Nilai batas normal detak jantung janin/menit berada diantara 120 - 160	38	67,86	18	32,14
5	Persalinan sejak serviks lengkap sampai janin lahir bukan kategori persalinan kala II	47	83,93	9	16,07
6	Pemecahan selaput ketuban dilakukan sebelum pembukaan serviks lengkap untuk mempercepat waktu persalinan	50	89,29	6	10,71
7	Memimpin ibu mengejan paling tepat pada saat ibu ada dorongan kuat untuk mengejan	56	100	0	0
8	Bayi baru lahir tidak menangis spontan tidak perlu segera dimandikan.	45	80,36	11	19,64

1	2	3	4	5	6
9	Pemberian pijat jantung dan pernafasan mulut kemulut tidak boleh dilakukan	43	76,79	13	23,21
10	Cairan ketuban mengandung mekonium, tindakan paling penting adalah menghisap lendir	42	75,00	14	25,00
11	Pelepasan plasenta tidak terjadi jika ibu kurang banyak mengejan	43	76,79	13	23,21
12	Manajemen aktif kala III dilakukan untuk mencegah perdarahan pasca persalinan	36	64,29	20	35,71
13	Faktor resiko bahaya pada kehamilan tidak dapat dipantau melalui partograf	34	60,71	22	39,29
14	Ibu multipara yang telah dipimpin mengejan selama satu jam belum melahirkan maka perlu dirujuk	42	75,00	14	25,00
15	Atonia uteri adalah kegagalan miometrium untuk berkontraksi sehingga uterus dalam keadaan relaksasi penuh	56	100	0	0
16	Persalinan kala I 18 jam, kala II 1 jam, pasien tidak perlu dirujuk karena anda sudah kompeten dalam APN	49	87,50	7	12,50
17	Tindakan pertama pasien retensio plasenta adalah dengan massage uterus sampai plasenta lahir, tanpa harus merujuk	45	80,36	11	19,64
18	Keadaan kehamilan perlu dirujuk : umur ibu < 18 tahun	47	83,93	9	16,07
19	Keadaan kehamilan perlu dirujuk : berat badan < 38 kg	44	78,57	12	21,43
20	Keadaan Kehamilan perlu dirujuk : Gravida > 4 kali	49	87,50	7	12,50
21	Keadaan kehamilan perlu dirujuk : Hipertensi	51	91,07	5	8,93
22	Keadaan kehamilan perlu dirujuk : paritas < 2 tahun	42	75,00	14	25,00

1	2	3	4	5	6
23	Keadaan kehamilan perlu dirujuk : Infeksi vagina	56	100	0	0
24	Tanda-tanda dari Pre-Eklamsia berat: tekanan darah tinggi > 160/100	56	100	0	0
25	Tanda-tanda dari Pre-Eklamsia berat : penglihatan kabur	46	82,14	10	17,86
26	Tanda-tanda dari Pre-Eklamsia berat : muntah-muntah	44	78,57	12	21,43
27	Tanda-tanda dari Pre Eklamsia berat: susah buang air besar	42	75,00	14	25,00

Tabel 4.11 diatas memperlihatkan bahwa ada 5 (lima) pertanyaan yang seluruh responden menjawab dengan benar, sedangkan persentase jawaban responden yang salah bervariasi antara 0 – 39,29%.

E. Distribusi Sikap Responden Terhadap Pertolongan Persalinan

Tingkat sikap responden dinyatakan baik apabila dapat menjawab lebih dari 14 pertanyaan dengan benar, tingkat sikap dinyatakan sedang apabila dapat menjawab 8 - 14 pertanyaan dengan benar dan tingkat sikap dinyatakan kurang apabila hanya dapat menjawab pertanyaan dengan benar kurang dari 8 pertanyaan. Distribusi tingkat sikap responden dapat disajikan sebagai berikut :

Tabel 4.12. Distribusi tingkat Sikap Responden Terhadap pertolongan persalinan

No	Sikap Responden	f	%
1	Sikap baik (skor 15 – 20)	38	67,86
2	Sikap sedang (skor 8 – 14)	18	32,14
3	Sikap kurang (skor 0 – 7)	0	0
	Jumlah	56	100

Berdasarkan data penelitian, diperoleh hasil bahwa responden yang memiliki tingkat sikap baik sebanyak 38 responden (67,86%), responden yang memiliki tingkat sikap sedang sebanyak 18 responden (32,14%), dan tidak terdapat responden yang memiliki tingkat sikap kurang.

Selengkapnya, distribusi frekuensi jawaban responden untuk variabel sikap responden terhadap pertolongan persalinan diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel 4.13. Distribusi Jawaban Sikap responden terhadap pertolongan persalinan.

No	Item Pertanyaan	Jawaban Responden					
		S	%	R	%	Is	%
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Dalam tata laksana persalinan diharapkan dapat menghindari tindakan yang menghambat kemajuan seperti menyarankan ibu setengah duduk.	9	16,07	0	0	47	83,93
2	Prosedur tetap (Protap) penapisan resti persalinan membingungkan saya saat menolong	12	21,43	7	12,50	37	66,07
3	Ibu hamil saya suruh telentang untuk posisi paling efektif mengejan	26	46,43	5	8,93	25	44,64

1	2	3	4	5	6	7	8
4	Mules dan nyeri pinggang adalah gejala umum tanda persalinan	56	100	0	0	0	0
5	Keadaan geografis daerah yang sulit bukan merupakan kendala merujuk	26	46,43	3	5,36	27	48,21
6	Ibu hamil inpartu resiko sedang diupayakan dahulu, jika ada kesulitan baru dirujuk	45	80,36	3	5,36	8	14,29
7	Walaupun keluarga meminta saya menolong partus, saya tetap menyarankan merujuk ibu bersalin resti	52	92,86	1	1,78	3	5,36
8	Saya tidak akan merujuk ibu hamil risiko tinggi jika salah satu keluarga tidak setuju	18	32,14	4	7,14	34	60,72
9	Pertolongan awal penyulit persalinan harus diberikan bidan sebelum dirujuk	28	50,00	4	7,14	24	42,86
10	Semua ibu bersalin resiko tinggi dirujuk, tanpa memberikan pertolongan awal terlebih dahulu	26	46,43	0	0	30	53,57
11	Setiap persalinan tidak harus ditunggu keluarganya, karena mereka justru mengganggu proses persalinan	16	28,57	6	10,71	34	60,72
12	Mengajarkan ibu dan suami memeriksa kontraksi uterus adalah tindakan yang menunjukkan "sayang ibu"	56	100	0	0	0	0
13	Segera mencelupkan kaki bayi dalam air hangat dan dingin sebagai upaya rangsangan taktil agar bayi bernafas	33	58,93	2	3,57	21	37,50
14	Tindakan paling penting jika ketuban mengandung mekonium adalah memotong tali pusat dan resusitasi mulut ke mulut	13	23,21	8	14,29	35	62,50
15	Massage fundus uteri tidak dianjurkan dilakukan saat : sesudah bayi lahir dan sebelum plasenta lahir	31	55,36	3	5,36	22	39,28

1	2	3	4	5	6	7	8
16	Ibu bersalin yang uterus lembek bukan termasuk gejala dari atonia uteri	32	57,14	4	7,14	20	35,72
17	Ketika menjahit robekan pada laserasi derajat 1 – 2 atau luka epistomi, jahitan selalu dimulai pada 1 cm diatas luka	26	46,43	9	16,07	21	37,50
18	Pelatihan kebidanan selama ini membuat saya semakin yakin dalam menentukan diagnosis resiko tinggi	44	78,57	4	7,14	8	14,29
19	Partograf sangat membantu untuk melakukan penapisan resti persalinan	56	100	0	0	0	0
20	Partograf tidak dapat digunakan untuk menentukan jenis resti persalinan	21	37,50	3	5,36	32	57,14

Tabel 4.13 diatas memperlihatkan bahwa ada 3 (tiga) pertanyaan yang seluruh responden menjawab dengan setuju, sedangkan persentase jawaban responden yang ragu-ragu bervariasi antara 0 – 16,07%, dan tidak setuju bervariasi antara 0–83,93%.

F. Distribusi Ketepatan Diagnosis Risiko Tinggi Ibu Bersalin

Ketepatan diagnosis risiko tinggi ibu bersalin oleh bidan yang merujuk diperoleh dengan cara mencocokkan antara diagnosis resiko tinggi yang tertera pada kartu rujukan bidan dengan diagnosis resiko tinggi yang tertera pada buku rekam medis RSUD M Ashari Pemalang. Diagnosis dikatakan tepat apabila ada kecocokan/kesamaan diagnosis antara bidan yang merujuk

dengan bagian kebidanan Rumahsakit. Sedangkan Diagnosis dikatakan tidak tepat apabila ada perbedaan/ ketidakcocokan diagnosis antara bidan yang merujuk dengan bagian kebidanan Rumahsakit

Gambaran yang berupa daftar rujukan ibu bersalin risiko tinggi yang dirujuk oleh bidan dan ketepatan diagnosis berdasarkan proses persalinan yang berlangsung di Rumahsakit M Ashari Pemalang, selengkapnya tersaji dalam lampiran 3. Dari data yang tersaji pada lampiran 3 dapat dilihat bahwa jenis resiko tinggi ibu bersalin yang dirujuk bidan ke Rumahsakit ternyata cukup bervariasi. Dari kasus rujukan tersebut ternyata sebesar 19,64% berupa partus fisiologis sedangkan sebesar 80,36% berupa partus patologis. Jenis resiko tinggi ibu bersalin yang paling banyak adalah partus lama/partus macet yaitu sebesar 10 kasus (17,86%). Secara keseluruhan kasus rujukan ibu hamil resiko tinggi yang dirujuk bidan setelah dicocokkan dengan bagian kebidanan Rumahsakit hasilnya adalah sebanyak 38 kasus rujukan (67,86%) tepat dalam penentuan diagnosis risiko tinggi ibu bersalin, sedangkan sebanyak 18 kasus rujukan (32,14%) tidak tepat dalam penentuan diagnosis risiko tinggi persalinan. Dari 18 kasus diagnosis yang tidak tepat tersebut, 9 (50%) diantaranya adalah partus lama/partus macet.

G. Analisis Hubungan Antar Variabel.

Hasil dari analisis hubungan antar variabel dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Hubungan antara Pendidikan Responden dengan Ketepatan Diagnosis Risiko Tinggi Ibu Bersalin.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa persentase bidan dengan latar belakang pendidikan bidan 1 tahun dan tepat dalam menentukan diagnosis risiko tinggi ibu bersalin ternyata hampir sama (67,92%) dengan persentase bidan dengan latar belakang pendidikan Akademi Kebidanan (66,67%). Demikian pula terhadap penentuan diagnosis risiko tinggi yang tidak tepat, bidan dengan latar belakang pendidikan bidan 1 tahun (32,14%) hampir sama dengan bidan dengan latar belakang Akademi Kebidanan (33,33%). Hasil analisis hubungan antara pendidikan Responden dengan ketepatan diagnosis risiko tinggi ibu bersalin dapat disajikan sebagai berikut :

Tabel 4.14. Hubungan antara Pendidikan Responden dengan Ketepatan Diagnosis Risiko Tinggi Ibu Bersalin

No	Pendidikan Responden	Ketepatan Diagnosis				Jumlah	
		Tepat		Tidak Tepat			
		n	%	n	%	n	%
1	Lulus Akbid (D III)	2	66,67	1	33,33	3	100
2	Lulus Pendidikan bidan 1 tahun	36	67,92	17	32,08	53	100
	Jumlah	38	67,86	18	32,14	56	100
P value = 0,964		Koefisien Phi = 0,06					

Dari hasil uji *Chi Square* yang bertujuan untuk menguji hubungan antara pendidikan bidan dengan ketepatan diagnosis resiko tinggi ibu bersalin menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pendidikan bidan dengan ketepatan diagnosis pada tingkat kesalahan (α) 5% dengan nilai p value = 0,964.

2. Hubungan Antara Kriteria Kepegawaian Responden dengan Ketepatan Diagnosis Risiko Tinggi Ibu Bersalin

Dari penelitian diperoleh hasil bahwa persentase bidan dengan kriteria kepegawaian Pegawai Negeri Sipil (PNS) dan tepat dalam mendiagnosis risiko tinggi ibu bersalin yang dirujuk ke Rumahsakit ternyata lebih besar (75,00%) dibandingkan dengan bidan dengan jenis kepegawaian Pegawai Tidak Tetap (PTT) (65,00%). Tetapi bidan dengan kriteria kepegawaian PTT dan tidak tepat dalam mendiagnosis risiko tinggi persalinan ternyata persentasenya lebih besar (35,00%) dibandingkan dengan bidan dengan jenis kepegawaian PNS (25,00%). Tabel berikut ini menggambarkan analisis hubungan antara kriteria kepegawaian dengan ketepatan diagnosis resiko tinggi ibu bersalin, sebagai berikut :

Tabel 4.15. Hubungan Antara Kriteria Kepegawaian Responden dengan Ketepatan Diagnosis Risiko Tinggi Ibu Bersalin

No	Kriteria Kepegawaian Responden	Ketepatan Diagnosis				Jumlah	
		Tepat		Tidak Tepat		n	%
		n	%	n	%		
1	Bidan P N S	12	75,00	4	25,00	16	100
2	Bidan P T T	26	65,00	14	35,00	40	100
		38	67,86	18	32,14	56	100
P Value = 0,469		Koefisien Phi = 0,097					

Dari keseluruhan kasus persalinan terdapat 18 kasus rujukan yang tidak tepat dalam diagnosis resiko tinggi oleh bidan. Kemudian dari 18 kasus tersebut 9 (50%) diantaranya adalah partus lama/macet, dan dari 9 partus macet tersebut dirujuk oleh bidan dengan latarbelakang kriteria kepegawaian PTT sebanyak 6 orang (66,67%).

Hasil uji *Chi Square* yang bertujuan untuk menguji hubungan antara kriteria kepegawaian bidan dengan ketepatan diagnosis resiko tinggi ibu bersalin menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kepegawaian bidan dengan ketepatan diagnosis resiko tinggi ibu bersalin pada tingkat kesalahan (α) 5 % dengan p value = 0,469.

Hal ini tidak sesuai dengan wawancara mendalam kepada responden bidan PNS, tentang jenjang karier sebagai bidan PNS di masyarakat, dengan informasi yang diperoleh sebagai berikut :

Kotak 1.

..... Saya menjadi bidan sesuai dengan cita-cita saya, sehingga saya mesti yakin pada diri saya sendiri bahwa inilah karier saya yang harus saya rintis sejak dini, inilah kehidupan saya, saya berbangga menjadi bidan di desa dan saya harus menekuninya. Namun disini lain beban tanggungjawab bidan desa lebih berat dibandingkan dengan bidan Puskesmas, tanggungjawab bidan desa tidak hanya melakukan kegiatan pelayanan kesehatan bagi ibu dan anak, tetapi melakukan semua kegiatan karena merupakan perpanjangan tangan dari Puskesmas seperti pelayanan pengobatan, penggerakan masyarakat, pembinaan kader dan dukun, pencatatan dan pelaporan semua kegiatan dan sebagainya. Untuk itu suatu saat saya pingin menjadi bidan Puskesmas saja yang tanggung jawabnya hanya sebatas jam kerja di Puskesmas.....

(Responden 1, bidan desa PNS)

Demikian pula dengan jawaban dari wawancara mendalam terhadap responden bidan PTT tentang jenjang karier, diperoleh informasi sebagai berikut:

Kotak 2.

.....sejak pendidikan saya sudah tahu bahwa nantinya saya akan ditempatkan menjadi bidan desa PTT di masyarakat. Saya belum memikirkan mau bekerja dimana setelah kontrak saya selesai, tetapi kalau saya disuruh tetap tinggal di desa ini sebagai bidan saya masih keberatan, karena setelah masa kontrak saya selesai otomatis gaji saya juga selesai. Saya belum siap untuk mandiri sebagai bidan di desa ini karena saya tergolong masih baru sebagai bidan dan belum bisa mencukupi kebutuhan hidup saya hanya menggantungkan praktek saya yang tidak setiap hari ada pasien.....

(responden 2, bidan PTT)

3. Hubungan antara Masa Kerja Responden dengan Ketepatan Diagnosis Risiko Tinggi Ibu Bersalin

Persentase bidan dengan masa kerja lebih dari lima tahun dan tepat dalam mendiagnosis risiko tinggi ibu bersalin yang dirujuk ke rumahsakit ternyata lebih besar (76,96%) dibandingkan dengan bidan dengan masa kerja kurang dari 5 tahun (47,06%). Tetapi bidan dengan masa kerja kurang dari lima tahun dan tidak tepat dalam mendiagnosis risiko tinggi ibu bersalin persentasenya lebih besar (52,94%) dibandingkan dengan masa kerja bidan yang lebih dari lima tahun (23,08%). Tabel berikut menggambarkan analisis hubungan antara masa kerja dengan ketepatan diagnosis resiko tinggi ibu bersalin.

Tabel 4.16. Hubungan antara Masa Kerja Responden dengan Ketepatan Diagnosis Risiko Tinggi Ibu Bersalin.

No	Masa Kerja Responden	Ketepatan Diagnosis				Jumlah	
		Tepat		Tidak Tepat			
		n	%	n	%	n	%
1	≥ 5 tahun (optimal)	30	76,92	9	23,08	39	100
2	< 5 tahun (kurang optimal)	8	47,06	9	52,94	17	100
	Jumlah	38	67,86	18	32,14	56	100
P Value = 0,028 Koefisien Phi = 0,294							

Jika dilihat dari kasus rujukan secara keseluruhan, terdapat 18 kasus rujukan yang dikirim bidan ternyata tidak tepat dalam menentukan diagnosis resiko tinggi. Dari 18 kasus tersebut ternyata sebesar 9

(52,94%) berasal dari kelompok bidan dengan masa kerja kurang dari 5 tahun, dan sebesar 9 (23,08%) berasal dari kelompok bidan dengan masa kerja lebih dari 5 tahun.

Dari hasil uji *Chi Square* yang bertujuan untuk menguji hubungan antara masa kerja bidan dengan ketepatan diagnosis resiko tinggi ibu bersalin menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara masa kerja bidan dengan ketepatan diagnosis risiko tinggi ibu bersalin pada tingkat kesalahan (α) 5 % dengan p value = 0,028. Namun demikian, besar hubungan yang terjadi antara masa kerja bidan dengan ketepatan diagnosis risiko tinggi ibu bersalin menunjukkan bahwa hubungan yang terjadi adalah lemah, hal ini ditunjukkan dengan nilai koefisien Phi sebesar 0,294.

4. Hubungan Antara Kompetensi dalam Pelatihan Asuhan Persalinan Normal (APN) dengan Ketepatan Diagnosis Risiko Tinggi Ibu Bersalin

Dari data yang tersaji berikut ini nampak bahwa persentase bidan yang sudah kompeten dalam Pelatihan Asuhan Persalinan Normal (APN) dan tepat dalam mendiagnosis risiko tinggi ibu bersalin yang dirujuk ke rumahsakit ternyata lebih besar (76,19%) dibandingkan dengan bidan yang belum kompeten dalam Asuhan Persalinan Normal (42,86%). Tetapi bidan yang belum kompeten dan tidak tepat dalam menetapkan diagnosis risiko tinggi ibu bersalin, ternyata lebih besar persentasenya (57,14%)

dibandingkan dengan bidan yang sudah kompeten dalam APN (23,81%). Analisis hubungan antara kompetensi dalam pelatihan APN dengan ketepatan diagnosis resiko tinggi dapat disajikan seperti tabel berikut ini :

Tabel 4.17. Hubungan antara Kompetensi dalam Pelatihan Asuhan Persalinan Normal dengan Ketepatan Diagnosis Risiko Tinggi Ibu Bersalin

Tabel 10a Bersam							
No	Kompetensi dalam APN	Ketepatan Diagnosis				Jumlah	
		Tepat		Tidak Tepat			
		n	%	n	%	n	%
1	Kompeten	32	76,19	10	23,81	42	100
2	Belum Kompeten	6	42,86	8	57,14	14	100
	Jumlah	38	67,85	18	32,15	56	100
P Value = 0,021 Koefisien Phi = 0,309							

Dari hasil uji *Chi Square* yang bertujuan untuk menguji hubungan antara kompetensi bidan dalam Asuhan Persalinan Normal (APN) dengan ketepatan diagnosis resiko tinggi ibu bersalin menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara kompetensi bidan dalam APN dengan ketepatan diagnosis resiko tinggi ibu bersalin pada tingkat kesalahan (α) 5% dengan p value = 0,021. Namun demikian, besar hubungan yang terjadi antara kompetensi bidan dalam APN dengan ketepatan diagnosis resiko tinggi ibu bersalin menunjukkan bahwa hubungan yang terjadi lemah, hal ini ditunjukkan dengan nilai koefisien Phi sebesar 0,309.

Berikut ini ilustrasi hasil wawancara mendalam kepada responden bidan yang sudah kompeten dalam pelatihan APN, yang kemudian di

cross check dengan pasien dan keluarga, seputar kasus risiko tinggi ibu hamil yang dirujuk ke Rumahsakit, hasilnya sebagai berikut :

Kotak 3.

..... Seperti yang pernah saya peroleh dalam pelatihan APN, saya menolong persalinan selalu berpedoman pada protap persalinan Normal dan untuk memonitor ada tidaknya penyulit selama proses persalinan saya menggunakan partograf, ternyata ada kesulitan persalinan karena sudah lebih dari 15 jam saya tangani, ibu hamil primi para kala I tersebut kepala belum juga nongol, pada waktu saya periksa sepertinya bokongnya yang maju bukan kepalanya sehingga saya putuskan untuk merujuk pasien tersebut ke Rumahsakit mumpung belum terlambat.

(Bidan 4, kompeten dalam APN)

..... kulo sampun kraos, terus bi bidan ngemek weteng kulo, kalih kulo diken ngeden-ngeden, ngantos dangu meh sedinten tenogo kulo ngantos telas, larene mboten medal-medal terus bu bidan ngaken ten Rumahsakit mawon jare ten Rumahsakit alate luwih kathah

(.....saya sudah merasa mau babaran, bu bidan segera melakukan proses persalinan, saya disuruh mengejan sampai lama hampir seharian sehingga tenaga saya hampir habis tetapi anaknya belum mau keluar, terus bu bidan menyuruh ke Rumahsakit saja karena disana alatnya lebih banyak (lengkap).....)

(pasien 1)

.....isteri kulo nggih pun ngeden-ngeden ngantos dangu, nanging mboten medal-medal larene, isteri kulo ngantos lemes dedes mboten kuwat maleh, lajeng kulo diabani ken mbekto ten Rumahsakit.....

(..... isteri saya sudah mengejan sampai lama, tetapi anaknya tidak keluar, isteri saya sampai lemas dan tidak kuat lagi, terus saya disuruh membawa ke Rumahsakit saja))

(suami pasien 1)

Kasus : letak sungsang /presentase bokong (diagnosa bidan)

Letak sungsang : seksio cesar (diagnosa kebidanan Rumahsakit).

Sementara itu pandangan dari responden bidan yang belum kompeten dalam pelatihan APN, dan pasien maupun keluarga hasilnya sebagai berikut :

Kotak 4

..... Pasien ibu bersalin yang saya tangani tersebut suhu badannya tinggi (38^0 C) saya khawatir ada komplikasi Pre-eklamsia yang menyertai persalinan, lagi pula ibu tersebut sulit sekali saya pimpin mengejan setiap ada kontraksi uterus. Daripada pasien tersebut kehabisan tenaga sebelum bayinya lahir, maka saya musyawarahkan kepada suaminya untuk dirujuk saja ke Rumahsakit. Kebetulan suaminya setuju, kemudian tidak lama suaminya mencari kendaraan dan kami sama-sama mengantar ibu bersalin tersebut ke Rumahsakit. Tidak lupa saya membawa surat pengantar rujukan ke Rumahsakit.....

(Bidan 7, belum kompeten dalam APN)

..... wekdal ditulung bu bidan, sirah kulo nembe ngelu rasane nggliyeng muter-muter yen ngawaske nopo mawon. Kulo diken ngeden mawon nggih mboten saget . bu bidan mboten kantenan, kulo lajeng ken babaran ten Rumahsakit mawon.....

(..... pada waktu ditolong oleh bidan, kepala saya baru pusing, terasa memutar-mutar jika lihat sekeliling. Saya disuruh mengejan terus-terusan tidak bisa, bidan tidak sabar, saya disuruh partus di Rumahsakit.)

(Pasien 2)

..... Saderenge di beto ten Griyosakit, isteri kulo rodo masuk angin jare sirah ngelu. Lajeng diprikso riyin kalih bu bidan, nanging bu bidan mboten maringi obat, isteri kulo namung ken ngeden mawon, kadose isteri kulo angel ken ngeden, lajeng bu bidan ngaken ten Griyohsakit mawon. Sasampune ten Griyosakit, isteri kulo disuntik, terus bayine mrojol

(.....Sebelum dibawa ke Rumahsakit, isteri saya masuk angin, kepalanya pusing. Bidan memeriksa tetapi tidak memberikan obat, isteri saya hanya disuruh terus mengejan, sepertinya sulit mengejan, selanjutnya bidan menyuruh membawa ke Rumahsakit. Setelah di Rumahsakit, isteri saya disuntik, bayinya langsung keluar) (suami pasien 2)

Kasus : pr-eklamsi (diagnosis bidan)
Partus normal (diagnosis kebidanan Rumahsakit).

Mengenai hubungan kompetensi bidan dalam pelatihan APN dengan ketepatan diagnosis resiko tinggi ibu bersalin, juga didukung oleh pendapat dokter kebidanan, bahwa dengan meningkatnya kompetensi bidan, maka bidan akan dapat lebih terampil dalam menolong persalinan, seperti yang disampaikan pada saat wawancara mendalam berikut ini :

Kotak 5

.....pelatihan APN ini diharapkan lebih bisa meningkatkan ketrampilan bidan dalam menolong persalinan di masyarakat, dengan pelayanan yang aman dan ramah..Pelatihan APN memang dirancang lain dengan pelatihan yang sudah pernah selama ini, karena dalam APN difokuskan kepada belajar sambil mengerjakan, dituntut terampil terhadap praktek pertolongan persalinan yang dihadapi selama pelatihan dengan dipandu oleh instruktur teknis dan berdasarkan prosedur dan kaidah tata laksana persalinan. Dalam pelatihan APN ini ada pergeseran paradigma yaitu dari kebiasaan menunggu menjadi mencegah komplikasi. Jadi seandainya bidan dinyatakan telah kompeten dalam pelatihan ini, diharapkan nantinya lebih terampil menolong persalinan di masyarakat dibanding sebelumnya. Tetapi kadang-kadang kami menerima pasien rujukan di Rumahsakit, setelah ditangani ternyata proses persalinannya adalah fisiologis. Setelah saya perhatikan mereka itu kebanyakan bidan PTT, walaupun sudah Kompeten dalam APN, mungkin mereka terlalu hati-hati dalam melakukan persalinan, seperti mencegah tindakan yang tidak perlu yang justru dapat menghambat kemajuan persalinan atau bahkan justru membahayakan jiwa ibu dan janinnya. Menurut mereka jika dirasa diluar kewenangannya maka mereka akan merujuk karena wewenang seorang bidan adalah menolong persalinan normal.....

(dokter Obsgin)

No	Keikutsertaan Ibu Hamil dalam Program JPS-BK (keuntungan yang dirasakan bidan)	Ketepatan Diagnosis				Jumlah	
		Tepat		Tidak Tepat			
		n	%	n	%	n	%
1	Ikut Program JPS-BK (ada keuntungan bidan)	9	52,94	8	47,06	17	100
2	Non Program JPS-BK (tidak ada keuntungan bidan)	29	74,36	10	25,64	39	100
	Jumlah	38	67,86	18	32,14	56	100

P Value = 0,115 Koefisien Phi = 0,211

Dari Uji *Chi Square* yang bertujuan untuk menguji hubungan antara keikutsertaan ibu bersalin dalam program JPS-BK dengan ketepatan bidan dalam mendiagnosis resiko tinggi ibu bersalin menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara keuntungan yang dirasakan bidan berdasarkan keikutsertaan ibu bersalin dalam program JPS-BK dengan ketepatan diagnosis resiko tinggi ibu bersalin pada tingkat kesalahan (α) 5 % dengan p value = 0,115

Hal ini sesuai dengan hasil wawancara mendalam kepada dua orang responden bidan tentang keuntungan yang dirasakan bidan berdasarkan keikutsertaan pasien dalam program JPS-BK dan kepada keluarga responden, yang disampaikan sebagai berikut :

Kotak 6

.....Selama ini saya menolong persalinaan bagi siapa saja yang membutuhkan, saya tidak pilih-pilih dalam melakukan persalinan, tanpa merujuk kecuali dengan alasan keselamatan jiwa ibu dan bayinya dan membebaskan biaya persalinan bagi peserta program JPS-BK. Saya dapat dana JPS-BK untuk pelayanan persalinan sebesar Rp 80.000,- (delapan puluh ribu rupiah). Memang saya diberi tambahan oleh keluarga pasien Rp 25.000,- tetapi saya tidak memaksa bahkan saya yang dipaksa menerimanya.

(bidan 6)

.....mboten sekeco yen mboten saget ngaturi nopo-nopo. Sinaoso mboten sepinteno, kulo kudu ngaturi bu bidan wong pun di tulung je

(.....tidak enak kalau tidak bisa memberi sesuatu, walaupun kurang berharga, saya harus menyampaikan sesuatu ke bu bidan, sudah di tolong kok

(suami pasien 5, Non program JPS-BK)

.....pun ngertos yen kulo angsal bantuan pemerintah kangge babaran lare kula, nanging kula mboten tegel yen mboten ngaturi maleh kaleh bu bidan, lha mpun dicoba ditulung lan diterke ten rumahsakit

(..... sudah tahu kalau saya dapat bantuan pemerintah untuk persalinan anak saya, tapi saya tidak sampai hati jika tidak memberi lagi ke bu bidan, sudah di coba ditolong dan diantar ke Rumahsakit.)

(Suami pasien 6, Program JPS-BK)

6. Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Responden tentang Pertolongan Klinis Persalinan dengan Ketepatan Diagnosis Risiko Tinggi Ibu Bersalin

Dari hasil analisis nampak bahwa persentase bidan dengan pengetahuan baik dan tepat dalam mendiagnosis resiko tinggi ibu bersalin ternyata lebih besar (73,91%) dibandingkan dengan bidan dengan tingkat

pengetahuan sedang (40,00%) dan tingkat pengetahuan kurang (0%). Tetapi bidan dengan tingkat pengetahuan sedang dan tidak tepat dalam menetapkan diagnosis risiko tinggi ibu bersalin, ternyata persentasenya lebih besar (60,00%) dibandingkan dengan bidan dengan tingkat pengetahuan baik (26,09%) dan bidan dengan tingkat pengetahuan kurang (0%). Tabel berikut ini menggambarkan analisis hubungan antara tingkat pengetahuan responden dengan ketepatan diagnosis resiko tinggi ibu bersalin.

Tabel 4.19. Hubungan antara Tingkat Pengetahuan Responden tentang Pertolongan Klinis Persalinan dengan Ketepatan Diagnosis Risiko Tinggi Ibu Bersalin

No	Pengetahuan Bidan	Ketepatan Diagnosis				Jumlah	
		Tepat		Tidak Tepat			
		n	%	n	%	n	%
1	Pengetahuan baik (skor 19 – 27)	34	73,91	12	26,09	46	100
2	Pengetahuan sedang (skor10–8)	4	40,00	6	60,00	10	100
3	Pengetahuan kurang (skor 0 – 9)	0	0	0	0	0	0
	Jumlah	38	67,86	18	32,14	56	100
P Value = 0,037 Koefisien Phi = 0,278							

Dari hasil uji *Chi Square* yang bertujuan untuk menguji hubungan antara tingkat pengetahuan bidan dengan ketepatan diagnosis risiko tinggi ibu bersalin menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan bidan dengan ketepatan diagnosis resiko tinggi ibu bersalin pada tingkat kesalahan (α) 5 % dengan p value = 0,037. Namun

demikian besar hubungan yang terjadi antara tingkat pengetahuan bidan dengan ketepatan diagnosis resiko tinggi ibu bersalin menunjukkan bahwa hubungan yang terjadi adalah lemah, hal ini ditunjukkan dengan nilai koefisien Phi sebesar 0,278.

Kenyataan tersebut sesuai dengan hasil wawancara mendalam kepada responden bidan dengan kriteria pengetahuan baik dan pengetahuan sedang dalam pertolongan persalinan, seperti yang dituturkan sebagai berikut :

Kotak 7

.....sebelum saya melakukan proses persalinan, saya periksa dan saya tanyakan dahulu keadaan umum ibu, riwayat penyakit yang pernah di derita, riwayat persalinan sebelumnya dan sebagainya. Jika semua baik, baru saya lakukan persalinan yang saya pantau melalui partogram untuk mengetahui ada tidaknya resiko tinggi selama proses persalinan, jika ada saya harus segera merujuk

(bidan 3, Pengetahuan baik)

.....setiap proses persalinan selalu melalui beberapa tahapan yang dapat diukur berdasarkan waktu. Yaitu kapan waktunya pembukaan lengkap, kapan waktunya melahirkan, apakah partusnya lama atau macet, seandainya lancar apakah plasenta dapat langsung dikeluarkan. Jika semua ini tidak berada dalam tempo tertentu, maka saya harus segera merujuk ke Rumahsakit, karena saya tidak mau menanggung resiko yang lebih berat

(bidan 5, pengetahuan sedang)

7. Hubungan Antara Sikap Responden terhadap Pertolongan Klinis Persalinan dengan Ketepatan Diagnosis Risiko Tinggi Ibu Bersalin

Dari tabel berikut ini nampak bahwa persentase bidan dengan sikap baik terhadap pertolongan klinis persalinan dan tepat dalam

mendiagnosis risiko tinggi ibu bersalin ternyata lebih besar (76,32%) dibandingkan dengan sikap sedang (50%) dan sikap kurang (0%). Tetapi untuk kelompok bidan yang tidak tepat dalam menetapkan diagnosis risiko tinggi ibu bersalin, ternyata bidan dengan sikap sedang persentasenya paling besar (50,%) dibandingkan dengan bidan yang mempunyai sikap baik (23,68%) dan sikap kurang (0%).

Tabel 4.20. Hubungan antara Sikap Responden terhadap Pertolongan Klinis Persalinan dengan Ketepatan Diagnosis Risiko Tinggi Ibu Bersalin

No	Sikap Bidan	Ketepatan Diagnosis				Jumlah	
		Tepat		Tidak Tepat			
		n	%	n	%	n	%
1	Sikap baik (skor 15–20)	29	76,32	9	23,68	38	100
2	Sikap sedang (skor 8– 4)	9	50,00	9	50,00	18	100
3	Sikap kurang (0 – 7)	0	0	0	0	0	0
		38	67,86	18	32,14	56	100
P Value = 0,049 Koefisien Phi = 0,269							

Dari hasil uji *Chi Square* yang bertujuan untuk menguji hubungan antara sikap bidan terhadap pertolongan klinis persalinan dengan ketepatan diagnosis resiko tinggi ibu bersalin menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara sikap bidan dengan ketepatan diagnosis resiko tinggi ibu bersalin pada tingkat kesalahan (α) 5 % dengan p value = 0,049. Besar hubungan yang terjadi antara sikap bidan terhadap pertolongan klinis persalinan dengan ketepatan diagnosis risiko tinggi ibu

bersalin menunjukkan bahwa hubungan yang terjadi adalah lemah, hal ini ditunjukkan dengan nilai koefisien Phi sebesar 0,269.

Berdasarkan wawancara mendalam terhadap beberapa orang responden bidan, diperoleh ilustrasi seputar sikap terhadap pertolongan persalinan sebagai berikut:

Kotak 8.

.....kadang-kadang saya menerima pasien inpartu, tetapi sebelumnya tidak pernah periksa/ANC. Tahu-tahu ibu tersebut datang sudah dalam keadaan sangat lemah. Saya suruh mengejan sudah nggak kuat. Dari pada terjadi sesuatu, maka saya langsung memberi surat rujukan untuk dibawa ke Rumahsakit. Mungkin saya salah dalam menentukan diagnosis, karena dia terlambat datang kepada saya sehingga saya tidak bisa memantau proses persalinan. Coba saja jika dia mau ANC pada waktu hamil. Nggak akan seperti ini jadinya. Susah memang, dikiranya kita tidak mau/tidak mampu nyatanya kondisi pasien sudah seperti ini. Kadang masyarakat disini tidak mau tahu mas, tahunya kalo tidak bisa babaran di dukun ya baru ngundang bidan.....

(bidan 4, sikap sedang dan bidan 6, sikap baik)

..... Sudah biasa saya menolong berbagai macam pasien dengan berbagai kondisi resiko yang menyertai persalinan. Jika resiko tinggi masih berupa partus lama, plasenta yang tertinggal, pre eklamsia, saya masih berusaha menolong dan kebetulan sampai saat ini berhasil saya tolong semua.....

(bidan 1, sikap sedang dan bidan 3, sikap baik)

..... saya berusaha menolong berdasarkan prosedur tetap dan penapisan resiko tinggi melalui partogram, jika ada faktor resiko yang berupa kegawatan maka saya lakukan rujukan karena itu sudah bukan kewenangan kami lagi.....

(bidan 2, 5, 7, sikap baik)

..... saya merujuk pasien ibu bersalin dengan komplikasi kegawatan persalinan, selalu berdasarkan konsep BAKSOKU, seperti yang dicanangkan oleh Bupati Pematang dalam "Gerakan Sayang Ibu".....

(bidan 8, sikap baik)

H. Analisis Regresi Logistik

Untuk mengetahui hubungan secara bersama-sama antara pendidikan, kriteria kepegawaian, masa kerja, kompetensi, keuntungan, pengetahuan dan sikap bidan terhadap pertolongan klinis persalinan dengan ketepatan diagnosis risiko tinggi ibu bersalin maka digunakan analisis multivariate melalui uji Regresi Logistik Binari. Adapun secara ringkas hasil analisis Logistik dapat disajikan sebagai berikut :

Tabel 4.21. Hasil Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan ketepatan Diagnosis Risiko tinggi Ibu Bersalin.

Variables in the Equation									
		B	S.E	Wald	d.f	Sig.	Exp (B)	95%CI for Exp (B)	
								Lower	Upper
Thp 1	JENIS PEG	-.107	.973	.012	1	.912	.898	.036	102.155
	MASA KER	1.748	.885	3.902	1	.048	5.743	.133	6.051
	KOMPETEN	2.114	.914	5.356	1	.021	8.284	1.014	32.536
	KEUNTUNG	1.691	.842	4.031	1	.045	5.422	1.382	49.649
	PENGETAH	1.648	.951	4.663	1	.083	5.197	1.041	28.239
	SIKAP	1.878	.870	4.104	1	.031	6.541	.0807	33.488
	PENDIDIKA	.653	2.027	5.699	1	.747	1.922	1.189	35.978
	Constant	-9.650	5.718	2.848	1	.017	.000		
Thp 2	MASA KER	1.779	.782	5.177	1	.023	5.925	1.280	27.433
	KOMPETEN	1.994	.828	5.798	1	.016	7.345	1.449	37.228
	KEUNTUNG	1.455	.784	3.446	1	.063	4.285	.922	19.921
	SIKAP	1.489	.749	3.955	1	.047	4.434	1.022	19.241
	Constant	-5.630	2.728	4.259	1	.000	.003		
Thp 3	MASA KER	1.500	.710	4.465	1	.035	4.483	1.115	18.030
	KOMPETEN	1.903	.768	6.136	1	.013	6.707	1.488	30.236
	SIKAP	1.363	.706	3.732	1	.053	3.910	.980	15.591
	Constant	-3.071	2.053	2.238	1	.001	.004		
Thp 4	MASA KER	1.538	.675	5.194	1	.023	4.655	1.240	17.471
	KOMPETEN	1.671	.708	5.569	1	.018	5.317	1.327	21.297
	Constant	-2.074	1.513	1.879	1	.001	.001		

Uji Regresi Logistik dilakukan melalui empat tahap pengujian. Tahap Pertama dengan memasukkan semua variabel bebas yaitu pendidikan, jenis kepegawaian, masa kerja, kompetensi, keuntungan, pengetahuan dan sikap bidan terhadap pertolongan klinis persalinan. Dari ketujuh variabel tersebut, ternyata ada empat variabel yang tidak signifikan ($p \text{ value} > 0,05$) yaitu variabel pendidikan, kriteria kepegawaian, keuntungan dan variabel pengetahuan. Kemudian variabel yang signifikan diuji lagi, sampai semua variabel signifikan, yaitu pada model pengujian yang keempat. Pada model pengujian yang keempat ternyata variabel yang benar-benar signifikan adalah variabel masa kerja dan variabel kompetensi.

Pada taraf signifikansi terlihat bahwa variabel bebas masa kerja (0,023), variabel kompetensi (0,018) dan konstanta ((0,001) mempunyai tingkat signifikansi dibawah 0,05. Sehingga variabel masa kerja dan kompetensi sangat bermakna atau kedua variabel tersebut secara bersama-sama benar-benar berhubungan dengan ketepatan diagnosis resiko tinggi ibu bersalin. Dari nilai koefisien regresi variabel kompetensi (0,018) lebih kuat hubungannya daripada variabel masa kerja (0,023) terhadap ketepatan diagnosis resiko tinggi ibu bersalin.

Dari tabel 4.21 diatas dapat diasumsikan bahwa bidan yang mempunyai masa kerja lebih dari 5 tahun/optimal mempunyai kemungkinan 4,655 kali ($95\% \text{ CI} = 1,240 - 17,471$) lebih tepat dalam menentukan diagnosis resiko tinggi ibu bersalin, dibandingkan dengan bidan dengan masa kerja kurang

dari 5 tahun/belum optimal. Pada variabel kompetensi dalam pelatihan APN, bidan yang telah kompeten akan mempunyai kemungkinan 5,315 kali (95% CI = 1,327 – 21,297) untuk tepat dalam menentukan diagnosis resiko tinggi ibu bersalin dibandingkan dengan bidan yang belum kompeten.

Kedua variabel bebas yaitu masa kerja dan kompetensi dimasukkan dalam perhitungan regresi, sehingga diperoleh persamaan Regresi sebagai berikut :

$\ln (P/1-P) = -2,074 + 1,538 (\text{masa kerja}) + 1,671 (\text{kompetensi})$, atau :

$$P(X) = \frac{1}{1 + e^{-(2,047 + 1,538 \text{ masakerja} + 1,671 \text{ Kompetensi})}}$$

Dimana, $\ln (P / (1 - P))$ atau $p(X)$ = probabilitas ketepatan diagnosis resiko tinggi persalinan

Masa kerja = variabel masa kerja responden

Kompetensi = variabel kompetensi dalam pelatihan

Asuhan Persalinan Normal (APN).

Keterangan : 1 = simbol untuk terjadinya masa kerja optimal dan kompeten dalam APN

0 = simbol untuk terjadinya masa kerja yang tidak optimal/ belum kompeten dalam APN

Apabila angka tersebut dimasukkan dalam persamaan regresi logistik dengan kondisi : Masa kerja optimal (1), kompetensi dalam pelatihan APN adalah sudah kompeten (1), maka diperoleh probabilitas diagnosis resiko tinggi persalinan yang tepat adalah sebesar :

$$\begin{aligned}
 P(X) &= \frac{1}{1 + e^{-\{-2,074 + 1,538 (\text{masakerja}) + 1,671 (\text{Kompetensi})\}}} \\
 &= \frac{1}{1 + e^{-\{-2,074 + 1,538 (1) + 1,671 (1)\}}} \\
 &= 0,7568 (75,68 \%)
 \end{aligned}$$

Jadi apabila kedua variabel tersebut dalam kategori optimal untuk masakerja dan kompeten untuk kompetensi dalam APN, maka diperoleh kemungkinan bidan tepat dalam mendiagnosis resiko tinggi persalinan adalah sebesar 75,68%.

BAB V PEMBAHASAN

A. Hubungan Antara Karakteristik Responden dengan Ketepatan Diagnosis Risiko tinggi Ibu Bersalin

1. Hubungan Antara Tingkat Pendidikan Responden dengan Ketepatan Diagnosis Risiko Tinggi Ibu Bersalin

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa secara statistik tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pendidikan responden dengan ketepatan diagnosis risiko tinggi ibu bersalin . Dengan demikian dapat dikatakan bahwa ketepatan diagnosis risiko tinggi ibu bersalin secara statistik tidak mempunyai hubungan bermakna dengan pendidikan yang dimiliki responden. Pendidikan yang diperoleh responden merupakan pendidikan formal yang sangat berkaitan dengan ketepatan diagnosis risiko tinggi persalinan. Namun demikian dari segi tingkat pendidikan ternyata tidak berhubungan dengan ketepatan diagnosis risiko tinggi ibu bersalin.

Hasil penelitian ini tidak sependapat dengan Noto Atmodjo (1995), yang menyatakan bahwa, pendidikan pada individu/kelompok bertujuan untuk mencari peningkatan kemampuan yang diharapkan. Seseorang yang telah menyelesaikan pendidikan dalam satu bidang tertentu akan mempunyai pengetahuan dan ketrampilan yang tertentu pula, demikian pula dengan seorang bidan yang telah menyelesaikan suatu pendidikan akan dipandang mempunyai pengetahuan dan ketrampilan yang cukup

tentang kebidanan. Menurut pendapat Kasnodiharjo (1998), menyatakan bahwa faktor-faktor dominan yang mempengaruhi perilaku positif adalah tingkat pendidikan. Green (1991) menyatakan bahwa faktor-faktor yang berpengaruh dalam menentukan perilaku kesehatan individu dan kelompok antara lain adalah faktor pendidikan. Selanjutnya Apriadji (1986), menyatakan bahwa faktor tingkat pendidikan turut menentukan mudah tidaknya seseorang dalam memahami pengetahuan yang diperoleh. Menurut Gufron (1997), bahwa terdapat kesenjangan didalam pendidikan bidan dalam hal kurikulum. Kesenjangan tersebut berupa kekurangsesuaian kurikulum pendidikan bidan terutama pendidikan bidan satu tahun dengan permasalahan pertolongan persalinan, yang mana akan menimbulkan dampak kinerja bidan di masyarakat kurang baik. Dari penelitiannya disimpulkan bahwa kurikulum pendidikan terutama dalam hal pertolongan persalinan patologis, diagnosis dan pengobatan umum serta sosial kemasyarakatan perlu ditambahkan dalam pendidikan.

Tidak terbuktinya hubungan antara pendidikan responden dengan ketepatan diagnosis risiko tinggi ibu bersalin antara lain bahwa selama ini di Kabupaten Pematang telah diadakan beberapa pelatihan yang beorientasi kepada peningkatan kinerja bidan dalam pelayanan kebidanan di masyarakat seperti pelatihan LSS, 3 bersih, PONEC/PONED dan pelatihan APN. Sehingga baik bidan yang berlatar belakang pendidikan bidan satu tahun maupun D III kebidanan setelah mengikuti pelatihan-pelatihan

tersebut memiliki kinerja yang tidak jauh berbeda dalam pelayanan kebidanan.

2. Hubungan antara Kriteria Kepegawaian dengan Ketepatan Diagnosis Risiko Tinggi Ibu Bersalin

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa secara statistik tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kepegawaian responden dengan ketepatan diagnosis risiko tinggi ibu bersalin. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa ketepatan diagnosis resiko tinggi ibu bersalin secara statistik tidak mempunyai hubungan yang bermakna dengan jenis kepegawaian responden. Hasil penelitian ini tidak sependapat dengan Greenley & Baron (1997), yang menyatakan bahwa produktifitas kerja seseorang dipengaruhi oleh status pekerjaan yang diterima. Karyawan dengan status pekerjaan tetap pada suatu institusi akan bekerja lebih produktif dibandingkan dengan karyawan dengan status pekerjaan kontrak.

Pada penelitian ini tidak terbukti bahwa Bidan dengan status pekerjaan Pegawai tetap (PNS) lebih produktif (lebih tepat menentukan diagnosis risiko tinggi ibu bersalin) dibandingkan dengan bidan dengan status pekerjaan Pegawai Tidak Tetap (PTT). Walaupun secara tersirat, dari hasil wawancara mendalam kepada responden, nampak bahwa ada indikasi jenjang karier yang tidak jelas bagi bidan PTT. Pada waktu masih menjalani pendidikan, mereka diberi penjelasan bahwa nantinya akan ditempatkan dimasyarakat sebagai bidan PTT, yang berupa ikatan kerja

selama tiga tahun kemudian bisa diperpanjang lagi tiga kali berturut-turut tiap tiga tahun. Setelah itu pemerintah memutuskan kontrak kerja karena alasan perekonomian. Kemudian bidan diberikan kebebasan untuk mengembangkan kariernya apakah tetap mau bekerja di masyarakat sebagai bidan yang mandiri tanpa imbalan finansial dari pemerintah atau bekerja di institusi yang lain diluar pemerintah. Menurut Gufron Mukti, jenjang karier yang tidak jelas ini menimbulkan semangat kerja menjadi rendah sehingga kinerja dalam pertolongan persalinan tidak optimal.

Sehubungan dengan program bidan PTT dimasyarakat, Tajibnapis (1994) berpendapat tentang evaluasi dan masukan bagi penyempurnaan kebijakan bidan di desa dan pelaksanaanya dari sudut pengembangan jabatan karier, mengatakan bahwa dengan adanya kebijakan untuk mengangkat bidan desa dengan status pegawai tidak tetap (PTT), maka dapat diperkirakan di kemudian hari akan terdapat bidan-bidan desa yang mandiri. Untuk itu bidan-bidan tersebut perlu secara terus menerus dibina kemampuan profesionalnya agar tidak ketinggalan mutunya dengan bidan yang berstatus negeri.

3. Hubungan antara Masa Kerja Responden dengan ketepatan diagnosis risiko tinggi persalinan

Responden bidan dengan masa kerja lebih dari 5 tahun dan tepat dalam menentukan diagnosis risiko tinggi ibu hamil sebanyak 53,37 %,

lebih tinggi dibandingkan dengan masa kerja bidan kurang dari 5 tahun 14,29 %.

Hasil analisis chi Kuadrat seperti tersaji pada tabel 4. 16. menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara skor Masa kerja responden dengan ketepatan diagnosis resiko tinggi ibu bersalin, p value $(0,037) < 0,05$, tetapi hubungan yang ada adalah lemah, hal ini ditunjukkan dengan nilai C (koefisien Phi) sebesar 0,294.

Masa kerja seseorang pada pekerjaan tertentu adalah merupakan pengalaman yang sangat berharga dan penting bagi diri yang bersangkutan sebagai landasan untuk bertindak lebih baik dalam melakukan sesuatu pekerjaan dimaksud, sehingga semakin lama masa kerja seseorang pada bidan tertentu semakin baik pula pengalamannya dalam bidang tersebut. Dengan demikian dapat dipahami bahwa masa kerja yang lebih lama bagi seorang bidan maka akan dapat memberikan pelayanan pertolongan persalinan yang lebih baik.

Depkes RI (2001), rata-rata bidan desa akan optimal dalam bekerja dimasyarakat sebagai penolong kebidanan apabila mereka sudah bekerja lebih dari lima tahun. Menurut Gufron (1997), bidan yang lebih lama dalam bertugas di masyarakat akan berdampak positif terhadap kinerja bidan tersebut terutama dalam aspek manajerial dan administrasi, klinis medis kebidanan dan social kemasyarakatan.

4. Hubungan antara Kompetensi dalam Pelatihan Asuhan Persalinan Normal dengan Ketepatan Diagnosis Risiko Ibu Hamil

Dalam penelitian ini, terdapat 57,14% responden bidan yang telah kompeten dalam pelatihan Asuhan Persalinan Normal (APN) dan tepat dalam menentukan diagnosis risiko tinggi ibu bersalin yang dirujuk ke Rumahsakit. Sedangkan responden yang belum kompeten dalam pelatihan APN dan tepat dalam menentukan diagnosis risiko tinggi persalinan sebesar 10,72%.

Pelatihan APN dirancang untuk menolong para bidan di desa menjadi pemberi pelayanan dasar kebidanan yang lebih efektif. Pelatihan APN dilaksanakan berdasarkan pengalaman peserta dan memanfaatkan motivasi peserta yang tinggi untuk menyelesaikan tugas-tugas belajar dalam waktu yang sesingkat mungkin. Fokus pelatihan ini adalah ketrampilan, dan evaluasi dilakukan terhadap kompetensi kinerjanya. Tujuan dari pelatihan APN adalah untuk menyiapkan tenaga-tenaga profesional kesehatan dengan ketrampilan yang dibutuhkan untuk melatih para pemberi pelayanan kesehatan (*service provider*) dalam mengerjakan prosedur klinik pelayanan dasar kebidanan.

Pendekatan pelatihan yang digunakan adalah pelatihan berdasarkan kompetensi yang terpusat pada belajar dengan mengerjakan, dengan menggunakan prinsip-prinsip belajar orang dewasa, berdasarkan perkiraan bahwa peserta datang untuk mengikuti pelatihan karena :

- Mereka tertarik pada topik pelatihan
- Mereka sudah mengetahui apa yang akan diperoleh dari pelatihan, dengan kata lain mereka dapat menjelaskan mengapa mereka memilih pelatihan ini dibandingkan pelatihan-pelatihan lainnya.
- Mereka tertarik secara aktif untuk mempelajari ketrampilan baru.

Ciri-ciri pokok pendekatan pelatihan APN adalah :

- Menggunakan prinsip belajar orang dewasa, yang berarti saling mengisi sesuai dengan kebutuhan/pekerjaan peserta (relevan).
- Menggunakan “*coaching*” (model sikap/behavior modeling atau berfungsi sebagai model) untuk memudahkan belajar.
- Latihan dalam bentuk praktek untuk menetapkan standar kinerja (*performance standard*) untuk setiap ketrampilan atau kegiatan.
- Menilai sejauh mana kemampuan peserta mengerjakan ketrampilan tersebut, bukannya seberapa banyak pengetahuan yang sudah dipelajari.

Berdasarkan hasil penelitian, menunjukkan bahwa Kompetensi responden dalam pelatihan Asuhan Persalinan Normal (APN) berhubungan secara signifikan terhadap ketepatan diagnosis risiko tinggi ibu bersalin yang dirujuk ke Rumahsakit, hal ini ditunjukkan dengan p value ($0,021 < 0,05$). Namun demikian keeratan hubungan menunjukkan adanya hubungan yang lemah, dengan nilai Koefisien Phi sebesar 0,309.

Hasil penelitian ini sependapat dengan penelitian Brotoseno (2000), Bahwa bidan dengan rujukan partus fisiologis di Rumahsakit menunjukkan hasil yang lebih baik bagi bidan yang telah dilatih Asuhan Persalinan Dasar (rujukan kasus partus fisiologis oleh bidan yang sudah mengikuti pelatihan APD lebih kecil dibandingkan dengan bidan yang belum mengikuti pelatihan APD. Hal ini dimungkinkan karena adanya peningkatan kemampuan bidan dalam mengelola kasus partus fisiologis yang bisa ditangani sendiri tanpa harus merujuk ke Rumahsakit. Adanya hubungan yang lemah ini antara lain karena faktor lain diluar kompetensi dalam APN. Faktor-faktor tersebut antara lain masa kerja bidan, pengetahuan dan sikap bidan terhadap pertolongan persalinan, yang memang berhubungan secara signifikan dalam penelitian ini. Menurut penilaian JHPIEGO (1998), menyatakan bahwa ketrampilan bidan masih kurang terutama dalam hal mencegah dan menangani perdarahan pasca persalinan serta kurangnya ketrampilan dalam menangani masalah komplikasi obstetrik.

Seperti hasil wawancara mendalam kepada bidan yang belum mengikuti pelatihan APN, ternyata kasus ibu bersalin yang dirujuk adalah partus normal, bukan kasus kegawatan seperti yang dia simpulkan (pre-eklamsia).

Sementara informasi dari dokter spesialis kandungan menyatakan bahwa pelatihan APN ini diharapkan lebih bisa meningkatkan ketrampilan

bidan dalam menolong persalinan di masyarakat, dengan pelayanan yang aman dan ramah. Sedangkan pelatihan sebelumnya tidak demikian. Pelatihan APN memang dirancang lain dengan pelatihan yang sudah pernah selama ini, karena dalam APN difokuskan kepada belajar sambil mengerjakan, dituntut terampil terhadap praktek pertolongan persalinan yang dihadapi selama pelatihan dengan dipandu oleh instruktur teknis dan berdasarkan prosedur dan kaidah tata laksana persalinan. Dalam pelatihan APN ini ada pergeseran paradigma yaitu dari kebiasaan menunggu menjadi mencegah komplikasi.

B. Hubungan Antara Keuntungan yang Dirasakan Responden Berdasarkan Keikutsertaan Pasien Ibu Bersalin dalam Program JPS-BK dengan Ketepatan Diagnosis Risiko Tinggi

Program Jaring Pengamanan Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) merupakan upaya untuk menanggulangi dampak krisis ekonomi terhadap status kesehatan, khususnya pada keluarga miskin. Dalam pelaksanaannya dilapangan dilaksanakan mulai dari bidan di desa, puskesmas, sampai kepada rujukannya di Rumahsakit Kabupaten/kota. Bidan di Desa menerima dana program JPS-BK secara langsung untuk pelaksanaan pelayanan kebidanan dasar di Desa. Pelayanan kebidanan dasar bebas biaya bagi ibu dan bayi baru lahir dari keluarga miskin ini terdiri dari :

- a. Pelayanan antenatal standar, minimal empat kali.
- b. Pertolongan persalinan normal.

- c. Pelayanan nifas, baik bagi ibu maupun neonatusnya, sebanyak tiga kali pada masa nifas.
- d. Pertolongan pertama/penanganan kegawatan obstetrik neonatal dan rujukan ke Rumahsakit.

Dalam penelitian ini dicari jawaban apakah ada hubungan antara keuntungan yang diperoleh oleh bidan terhadap pasien ibu bersalin dengan kegawatan obstetrik yang dirujuk ke Rumahsakit, dilihat dari keikutsertaan pasien tersebut ke dalam program JPS-BK. Dengan dirujuknya pasien ibu bersalin yang terdaftar sebagai peserta program JPS-BK, maka dirasakan ada suatu nilai/keuntungan bagi bidan karena pasien program JPS-BK harus bebas dari biaya dan sebagai pengganti, bidan mengklaim dana dari program JPS-BK. Besar biaya pengganti ini sesuai dengan ketentuan pemerintah yaitu sebesar Rp 80.000,- (delapan puluh ribu rupiah) tiap persalinan. Jumlah biaya ini tidak sebanding dengan tarif persalinan pada umumnya yang berkisar antara Rp 150.000,- sampai dengan Rp 300.000,- sehingga dalam hal ini bidan lebih untung untuk merujuk pasien tersebut ke Rumah sakit, dan memilih menerima pasien yang lain non program JPS-BK atau menerima pasien pengobatan umum yang lebih menguntungkan. Hasil ini sejalan dengan penelitian bidan desa di Semarang (Istiarti, 1994), bahwa persentase tertinggi pemanfaatan bidan desa adalah dalam fungsi pengobatan umum, baru diikuti oleh pemanfaatan terhadap perawatan kehamilan dan persalinan.

Namun demikian, dari penelitian didapatkan hasil bahwa hubungan antara keuntungan yang dirasakan bidan berdasarkan keikutsertaan pasien ibu bersalin resiko tinggi dalam program JPS-BK yang dirujuk ke Rumahsakit, dengan ketepatan diagnosis risiko tinggi tidak menunjukkan adanya hubungan yang signifikan ($p \text{ value}/ 0,115 > 0,05$). Penelitian ini sesuai dengan pendapat Handayani dkk (1997), yang menyatakan bahwa imbalan jasa untuk bidan atas pertolongan persalinan tidak mempengaruhi kinerja bidan dalam melaksanakan tugasnya sebagai penolong persalinan di masyarakat, karena jasa yang mereka berikan tidak hanya bertujuan untuk mencari uang, tetapi juga bersifat sosial. Demikian pula pendapat Gufron (1998), dalam hal pembayaran jasa persalinan bidan desa tidak memasang tarif mati. Artinya mereka memberikan harga sesuai dengan kemampuan ekonomi pasien. Umumnya jika bidan desa menerima jasa diatas tarif, kelebihan uang itu akan dikembalikannya. Sebaliknya jika pasien tidak mampu, berapapun yang diberikan oleh pasien akan diterima oleh bidan desa.

Berdasarkan hasil wawancara yang mendalam sehubungan dengan program JPS-BK, diperoleh informasi bahwa untuk keluarga ibu bersalin yang termasuk dalam program JPS-BK, semua responden bidan tetap memberikan pelayanan persalinan tanpa merujuk kecuali dengan alasan keselamatan jiwa ibu dan bayinya dan membebaskan biaya persalinan. Kemudian bidan mengklaim dana JPS-BK untuk pelayanan persalinan

sebesar Rp 80.000,- (delapan puluh ribu rupiah). Bahkan dari informasi keluarga, 2 orang responden keluarga (satu orang keluarga ibu bersalin Retensio plasenta dan satu responden Partus lama, semuanya dirujuk) tetap memberikan jasa tambahan kepada bidan masing-masing sebesar Rp 25.000,- (duapuluh lima ribu rupiah). Alasan mereka, tidak bisa membayar sepentasnya, hanya sekedar ucapan terima kasih dan ada perasaan tidak enak jika tidak bisa menyampaikan sesuatu kepada bidan yang sudah berusaha menolong persalinan istrinya.

C. Hubungan antara Pengetahuan Responden Tentang pertolongan persalinan dengan ketepatan diagnosis risiko tinggi persalinan

Pengetahuan mengenai pertolongan persalinan merupakan pengetahuan paling pokok yang harus dimiliki oleh seorang bidan untuk bekal terjun dimasyarakat sebagai penolong persalinan.

Dari hasil penelitian dapat dikatakan bahwa pengetahuan bidan tentang pertolongan klinis persalinaan dapat dikatakan baik, karena sebagian besar (82,14%) termasuk dalam kategori baik. Sebagian besar dari mereka memang sudah memahami tentang awal mulainya persalinan, proses persalinan, sampai dengan perawatan pasca persalinan, yang semua ini dijabarkan ke dalam tatalaksana persalinan yang dimulai dari tata laksana persalinan kala I sampai dengan tata laksana persalinan kala IV. Pengetahuan yang kurang dari bidan berasal dari aspek materi klinis

medis kegawat darurat ,yang memang rata-rata jawaban dari bidan lebih rendah dibandingkan dengan aspek yang lain. Jika ditinjau dari bobot materi pelajaran selama pendidikan kebidanan, aspek klinis medis kegawatdaruratan obstetrik disamping dirasakan paling sulit, juga sebagian besar sudah lupa dari ingatan bidan terhadap pelajaran tersebut.

Menurut Mantra (1985), terjadinya lupa atau tidak ingatnya seseorang tentang informasi yang pernah diterima antara lain disebabkan oleh faktor-faktor sebagai berikut :

1. Alasan psikologis, yaitu tidak suka akan informasi tersebut
2. Informasi tidak digunakan dalam waktu yang lama, sehingga ada kecenderungan kabur atau hilang dari ingatan
3. Informasi yang baru cenderung mengaburkan atau menghilangkan informasi lama yang belum mantap melekat dalam ingatan seseorang.

Tabel 4. 19 menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara skor pengetahuan responden dengan ketepatan diagnosis resiko tinggi ibu bersalin, p value $(0,037) < 0,05$, tetapi hubungan yang ada adalah lemah, hal ini ditunjukkan dengan nilai C (koefisien Phi) sebesar 0,278.

Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Ancok (1989), bahwa adanya pengetahuan tentang manfaat suatu hal akan menyebabkan seseorang mempunyai sikap dan perilaku yang baik. Dalam hal ini adalah pengetahuan tentang pertolongan persalinan yang baik, maka

ketepatan diagnosis resiko tinggi ibu bersalin akan lebih tepat atau lebih baik pula. Kemudian Green (1991) yang menyatakan bahwa pengetahuan berpengaruh terhadap perilaku seseorang. Demikian pula pendapat Fisbhein dan Azjen (1975) yang menerangkan bahwa ada hubungan empat konsep antara pengetahuan, sikap, niat dan perilaku dalam memahami suatu obyek, sehingga antara pengetahuan, sikap dan perilaku sangat berkaitan antara satu dengan yang lainnya.

Lemahnya hubungan dalam penelitian ini antara lain disebabkan oleh pengalaman kerja terutama bidan PTT yang relatif masih singkat, sehingga belum banyak pengalaman yang didapatkan dari mereka karena pengalaman kerja yang lebih lama akan menambah wawasan pengetahuan. Disamping itu juga dari pengetahuan formal, terlihat bahwa sebagian besar dari responden adalah pendidikan rendah.

Apabila dikaitkan dengan hasil wawancara mendalam terhadap beberapa responden, diperoleh hasil bahwa 1 orang responden bidan dalam pernyataannya menyampaikan bahwa berdasarkan pengalaman yang sudah dialami, setiap proses persalinan selalu dimonitor melalui beberapa tahapan yang diukur berdasarkan waktu. Yaitu kapan waktunya pembukaan lengkap, kapan waktunya melahirkan, apakah partusnya lama atau macet, seandainya lancar apakah plasenta dapat langsung dikeluarkan. Jika semua ini tidak berada dalam tempo

tertentu, maka saya harus segera merujuk ke Rumahsakit, karena saya tidak mau menanggung resiko yang lebih berat. Dari jawaban ini, dapat ditarik kesimpulan bahwa dia tidak lagi mempergunakan prosedur tetap pertolongan persalinan, tidak menggunakan alat Bantu partograf untuk mengetahui/penapisan resiko yang menyertai selama proses persalinan.

Sementara itu responden yang lain dalam pernyataannya menyampaikan bahwa sebelum mereka melakukan proses persalinan, mereka melakukan pemeriksaan dan menanyakan dahulu keadaan umum ibu, riwayat penyakit yang pernah di derita, riwayat persalinan sebelumnya dan sebagainya. Jika semua baik, baru mereka melakukan persalinan yang di pantau melalui partogram untuk mengetahui ada tidaknya resiko tinggi selama proses persalinan, jika memang ada harus segera dilakukan rujukan ke Rumahsakit.

D. Hubungan antara Sikap Responden Terhadap pertolongan persalinan dengan Ketepatan Diagnosis Risiko Tinggi Ibu Bersalin

Secara umum sikap bidan terhadap pertolongan klinis persalinan cukup baik. Dalam penelitian ini diperoleh bahwa sebagian besar (67,89%) termasuk dalam kategori baik. Sikap kurang terutama terdapat pada pemahaman responden tentang faktor resiko tinggi/keawatdaruratan penyakit yang menyertai persalinan.

Menurut Azjen (1988), seseorang sebelum menentukan suatu tindakan/perilaku terlebih dahulu dalam dirinya sudah tertanam kesungguhan untuk berperilaku (*behavior intention*) yang mana sebelumnya sudah ada sikap yang terbentuk. Sikap yang terbentuk ini didasari pada suatu kepercayaan akan adanya hasil yang dicapai.

Sikap terhadap pertolongan persalinan yang dilakukan oleh bidan di masyarakat dipengaruhi oleh keyakinan bahwa perilaku tersebut akan membawa hasil yang diinginkan atau tidak diinginkan. Keyakinan mengenai pertolongan persalinan yang bersifat normatif ini dan adanya motivasi untuk bertindak sesuai harapan normatif tersebut akan membentuk norma-norma subyektif dalam diri individu penolong persalinan. Tindakan pertolongan persalinan tersebut akan dikendalikan oleh faktor internal seperti ketrampilan/kompetensi dan pengetahuan serta faktor eksternal seperti adanya hambatan dan peluang yang ada pada diri bidan. Sehingga sikap, norma penting di masyarakat dan norma subyektif ini akan membentuk tekad dalam menolong persalinan. Dalam hal ini bidan merasa yakin bahwa dirinya menjumpai suatu kasus resiko persalianan terhadap pasien yang ditolong, sehingga ia memutuskan merujuk ibu bersalin tersebut ke Rumahsakit.

Sikap menurut Azwar (1983) adalah suatu kecenderungan untuk memberikan respon terhadap suatu obyek atau sekumpulan obyek

dalam bentuk perasaan-perasaan memihak (favorable) maupun tidak memihak (unfavorable) melalui suatu proses interaksi komponen-komponen sikap yaitu kognitif (pengetahuan) afektif (perasaan) dan konatif (kecenderungan bertindak). Dengan demikian sikap bidan yang baik terhadap pertolongan persalinan merupakan perasaan yang memihak terhadap pertolongan persalinan. Sikap responden terhadap obyek, dalam hal ini ketepatan diagnosis resiko tinggi dalam suatu pertolongan persalinan ibu bersalin merupakan perasaan mendukung atau tidak mendukung terhadap obyek tersebut. Dengan kata lain apakah bidan tersebut akan mendukung suatu diagnosis resiko tinggi pad ibu bersalin, yang kemudian dilanjutkan merujuk ibu bersalin tersebut ke Rumahsakit.

Sikap responden yang baik terhadap suatu hal, tergantung pada segi positif dan negatif komponen pengetahuan. Makin penting komponen itu, semakin positif pula sikap yang terbentuk. Sebaliknya, semakin banyak segi negatifnya, akan semakin negatif sikap yang terbentuk. (Ancok, 1989).

Apabila dikaitkan dengan hasil wawancara mendalam, ditemukan bahwa tiga responden dari responden (8 responden) melakukan penapisan/skrining terhadap faktor resiko bahaya yang dijumpai pada ibu bersalin yang ditolongnya, Penapisan ini dengan menggunakan alat Bantu berupa Prosedur Tetap (protap)

kegawatdaruratan obstetrik dasar dan partograf. Sampai mereka menemukan atau memang tidak ada sama sekali faktor resiko tersebut. Jika dirasa ada faktor resiko yang membahayakan jiwa ibu dan bayinya, mereka langsung akan merujuk ke Rumahsakit karena mereka tidak bersedia jika terjadi sesuatu maka merekalah yang dipersalahkan. 2 orang responden pernah menerima pasien dalam keadaan lemah, yang merupakan pasien kiriman dari dukun bayi, oleh karena keadaan sudah terlalu lemah maka pasien tersebut langsung di rujuk ke Rumahsakit dari pada terjadi sesuatu yang mengancam jiwa ibu dan bayinya. Kemudian 2 orang responden lagi memberikan informasi bahwa masih dalam kriteria persalinan risiko tinggi, namun jika masih terbatas pada partus lama, plasenta tertinggal dan pre eklamsia masih bisa di tolong sendiri dengan normal. Memang hal ini terkait dengan masa kerja dan pengalaman dari bidan tersebut. Ternyata bidan tersebut mempunyai masa kerja yang optimal sehingga mempunyai pengalaman pertolongan persalinan yang luas.

Hasil analisis statistik menunjukkan adanya hubungan yang signifikan ($p\text{Value} < 0,05$) antara sikap bidan terhadap pertolongan klinis persalinan dengan ketepatan diagnosis risiko tinggi ibu bersalin. Jadi dengan adanya sikap yang baik terhadap pertolongan persalinan, maka akan berdampak positif pada ketepatan diagnosis resiko tinggi ibu bersalin.

Hasil penelitian di daerah ini menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara sikap bidan terhadap pertolongan klinis persalinan dengan ketepatan diagnosis risiko tinggi ibu bersalin. Hal ini sesuai dengan teori Anderson (1968), dalam "*a Behavior Model for Familier use of Health Service*", yang menyatakan bahwa keputusan dipengaruhi oleh sikap. Noto Atmodjo (1989), berpendapat bahwa sikap merupakan salah satu komponen pikiran dan perasaan yang dapat menentukan apakah seseorang akan bertindak atau berperilaku.

E. Analisis Multivariat.

Tujuan dilakukan analisis multivariat adalah untuk membuktikan apakah benar-benar ada hubungan yang bermakna antara variabel-variabel bebas dengan variabel terikat. Diamping itu juga untuk menguji hubungan variabel-variabel bebas terhadap variabel terikat secara bersama-sama. Dengan analisis Regresi Logistik diperoleh hasil bahwa dari 7 (tujuh) variabel bebas yang terdiri dari pendidikan, kriteria kepegawaian, masa kerja, kompetensi, keuntungan, pengetahuan dan sikap yang diduga mempunyai hubungan dengan ketepatan Diagnosis resiko tinggi, didapatkan hanya dua variabel saja yang dapat dimasukkan dalam persamaan untuk mempredisikan Ketepatan diagnosis resiko tinggi ibu bersalin, meskipun dari uji hubungan secara bivariat dari tujuh variabel bebas ada empat variabel bebas yang mempunyai hubungan

yang bermakna dengan ketepatan diagnosis resiko tinggi ibu bersalin. Kedua variabel yang dapat masuk dalam persamaan tersebut adalah masa kerja dan kompetensi bidan dalam pelatihan Asuhan Persalinan Normal. Kedua variable tersebut merupakan suatu rangkaian yang saling berkait. Semakin optimal masa kerja dan semakin kompeten maka ketepatan diagnosis risiko tinggi akan semakin tepat.

Dengan perhitungan menggunakan rumus persamaan regresi logistik Binari diperoleh hasil bahwa probabilitas diagnosis risiko tinggi yang tepat dengan kondisi masa kerja yang optimal dan kompeten dalam pelatihan APN adalah sebesar 0,7568 (75,68%). Angka ini menunjukkan bahwa ada kemungkinan yang cukup besar yaitu sebesar 75,68% untuk tepat dalam mendiagnosis risiko tinggi ibu bersalin apa bila bidan mempunyai masa kerja yang optimal dan kompeten dalam pelatihan Asuhan Persalinan Normal. Sedangkan sisanya yaitu sebesar 24,32% disebabkan oleh faktor yang lain.

Hasil wawancara yang mendalam dengan dokter spesialis kandungan dan kebidanan diperoleh informasi bahwa pelatihan APN merupakan pelatihan yang lain dari pelatihan-pelatihan serupa sebelumnya. Yaitu bahwa dalam pelatihan APN terjadi pergeseran paradigma, dari paradigma menunggu menjadi paradigma mencegah komplikasi, dengan mengutamakan *clean and delivery* (persalinan yang bersih dan aman). Sehingga jika bidan sudah kompeten, maka

diharapkan ketrampilan pertolongan persalinan akan meningkat pula, dapat memungkinkan memberikan tatalaksana ibu hamil indikasi patologis menjadi persalinan fisiologis.

Namun demikian, masih ada kurang tepatnya bidan dalam mendiagnosis resiko tinggi, faktor ini antara lain disebabkan oleh keraguan bidan muda karena dari satu sisi partus lama adalah dirujuk, disisi lain partus lama kemungkinan masih bisa ditolong sendiri. Karena tidak mau menanggung kesalahan sehingga maka bidan merujuk. Menurutny kewenangan dalam pertolongan persalinan adalah persalinan dengan proses yang normal, tanpa ada indikasi penyulit maupun penyakit yang menyertai. Kenyataanya kasus rujukan terbesar yang tidak tepat dalam diagnosa oleh bidan yang merujuk adalah kasus resiko tinggi dengan partus lama/partus macet.

Menurut temuan dari DPTNA (*Distrik Performance and Training Needs Assessment*) bahwa bidan lebih menyukai mengirim pasiennya langsung ke Rumahsakit Kabupaten. Disisi lain membuktikan temuan yang sama dari DPTNA bahwa bidan lebih suka merujuk dari pada menangani sendiri masalah-masalah obstetrik. Artinya bidan tersebut tidak mempertimbangkan indikasi medis dalam merujuk semua kasus yang ada karena kurangnya ketrampilan klinik untuk menangani kasus persalinan. Jika dirasa agak susah sedikit atau ada permasalahan dalam persalinan maka mereka segera merujuk ke Rumahsakit. Semestinya

pasien tersebut bisa ditangani sendiri jika bidan mempunyai ketrampilan klinik dalam mencegah dan menangani komplikasi obstetrik yang memadai.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis data penelitian, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Distribusi karakteristik responden adalah sebagai berikut :
 - a. Responden berpendidikan tamat sekolah Bidan 1 tahun sebesar 94,64%.
 - b. Responden dengan kriteria kepegawaian PTT sebesar 71,43%.
 - c. Responden dengan masa kerja lebih dari 5 tahun/optimal sebesar 69,64%.
 - d. Responden telah kompeten dalam pelatihan APN sebesar 75%.
2. Distribusi keuntungan yang dirasakan responden berdasarkan rujukan pasien program JPS-BK, sebesar 69,64%.
3. Distribusi pengetahuan baik responden sebesar 82,14%.
4. Distribusi sikap baik responden sebesar 67,86%.
5. Ketepatan diagnosis risiko tinggi ibu bersalin oleh bidan yang merujuk berdasarkan proses persalinan yang dilakukan oleh bagian kebidanan Rumahsakit adalah sebesar 67,86 % bidan tepat menentukan diagnosis risiko tinggi dan sebesar 32,14 % bidan tidak tepat dalam menentukan diagnosis risiko tinggi ibu bersalin. Dari kasus rujukan ibu bersalin

tersebut, ternyata sebesar 19,64% berupa partus fisiologis, sedangkan sebesar 80,36% berupa partus patologis.

6. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara :
 - a. pendidikan responden dengan ketepatan diagnosis risiko tinggi ibu bersalin.
 - b. Kriteria kepegawaian responden dengan ketepatan diagnosis risiko tinggi ibu bersalin.
 - c. Keuntungan yang dirasakan bidan berdasarkan keikutsertaan pasien dalam program JPS-BK, dengan ketepatan diagnosis risiko tinggi ibu bersalin.
7. Terdapat hubungan yang bermakna antara :
 - a. Masa kerja responden dengan ketepatan diagnosis risiko tinggi ibu bersalin.
 - b. Kompetensi dalam pelatihan Asuhan Persalinan Normal (APN) dengan ketepatan diagnosis risiko tinggi ibu bersalin.
 - c. Pengetahuan responden tentang pertolongan persalinan dengan ketepatan diagnosis risiko tinggi ibu bersalin.
 - d. Sikap responden terhadap pertolongan persalinan dengan ketepatan diagnosis risiko tinggi ibu bersalin.
8. Secara bersama-sama masa kerja responden dan kompetensi dalam pelatihan Asuhan Persalinan Normal berhubungan dengan ketepatan diagnosis risiko tinggi ibu bersalin.

9. Faktor yang paling dominan yang berhubungan dengan ketepatan diagnosis risiko tinggi adalah kompetensi dalam pelatihan Asuhan Persalinan Normal.

B. S a r a n

Dari kesimpulan tersebut diatas, beberapa saran yang dapat diajukan penulis adalah :

1. Kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Pemalang :
 - a. Dinas Kesehatan Kabupaten Pemalang agar melakukan koordinasi dengan semua pihak yang terkait seperti Rumahsakit, BKKBN dan P2KP-KR Pemalang selaku institusi pelatihan, dalam upaya meningkatkan ketrampilan bidan sebagai penolong persalinan untuk secara bersama-sama merumuskan metoda baru berdasarkan evaluasi terhadap kekurangan dan kelemahan kinerja bidan di masyarakat, sehingga diharapkan nantinya tidak ada lagi kasus partus fisiologis di Rumahsakit yang mestinya bisa ditangani sendiri oleh bidan, dan dapat lebih ditekan angka kematian ibu di masyarakat.
 - b. Mengingat kasus rujukan partus fisiologis di Rumahsakit yang merujuk sebagian besar adalah bidan dengan masa kerja kurang dari 5 tahun dan bidan desa PTT, maka bidan tersebut perlu secara terus menerus dibina kemampuan profesionalnya agar tidak ketinggalan mutunya dengan bidan yang berstatus PNS dan masa kerja lebih dari 5

tahun. Untuk itu Kepala Dinas Kesehatan perlu mengangkat bidan pengawas yang berstatus PNS dan telah kompeten dalam pelatihan APN, di tingkat Kecamatan atau Kabupaten yang akan mengadakan supervisi dan pembinaan.

2. Kepada Rumahsakit M Ashari Pemalang :

Perlu diberikan umpan balik kepada bidan yang merujuk sehubungan dengan kasus partus fisiologis, karena kasus tersebut dapat ditangani sendiri oleh bidan di masyarakat tanpa melakukan rujukan, sehingga tidak menjadikan beban rumahsakit khususnya bagian kebidanan.

3. Saran kepada P2KP-KR Pemalang sebagai institusi pelatihan :

- a. Mengutamakan pelatihan bagi bidan yang masa kerjanya kurang dari 5 tahun dan bidan desa PTT, mengingat sebagian besar kasus rujukan persalinan fisiologis di Rumahsakit adalah bidan dengan latarbelakang kurang dari 5 tahun dan bidan PTT.
- b. Menambah jumlah hari pelatihan APN untuk meningkatkan ketrampilan, karena mengingat padatnya materi dan praktek pertolongan persalinan
- c. Perlu dilakukan evaluasi pasca pelatihan terhadap kinerja bidan yang telah dilatih APN, guna mengetahui sejauh mana ketrampilan APN dapat diterapkan di masyarakat.
- d. Tujuan utama dari pelatihan APN hendaknya tidak hanya berfokus kepada peningkatan ketrampilan, tetapi juga termasuk komunikasi dan

sikap positif terhadap keramahan dan keamanan pertolongan persalinan.

4. Saran bagi penolong persalinan/ bidan di masyarakat :
 - a. Melakukan pertemuan secara berkala melalui IBI guna mendiskusikan permasalahan pelayanan kebidanan yang muncul di masyarakat, terutama masalah kegawatan obstetrik.
 - b. Berusaha selalu memperluas wawasan tentang perkembangan pertolongan persalinan dengan pendekatan kepada bidan yang lebih senior dan mempunyai pengalaman lebih luas tentang pelayanan kebidanan, atau kepada dokter spesialis kebidanan.
5. Saran kepada Kepala Daerah Kabupaten Pematang :

Dibutuhkan komitmen dari Pemerintah Daerah dalam menyediakan anggaran yang memadai dan berkelanjutan untuk mendukung pelatihan kebidanan selama ini guna mewujudkan peningkatan mutu pelayanan dan kinerja bidan di Masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Ajzen. I, (1988), *Attitudes, Personality, and Behavior*, Chicago ; Dorsey Press.
- Allen. D E & Edgley, C K, (1980), *Social Psychology as Social Prosses*, Delmont, Cal; Wandsworth Publishing Company.
- Ancok. D, (1989), *Tehnik Penyusunan Skala Pengukuran, Sat Penelitian Kependudukan UGM*, Yohyakarta.
- Anderson. R, (1968), *A Behavior Model of Families Use of Health Services*. Chicago; University of Chicago, Center for Health Administration Studies, Research Series No 25. Universcity of Chicago Press.
- Andersen, R, (1974), *Equity in Health Servis, Empirical Analysis in Sosvial Policy*, Bridge Mass Ballinger Publishing Co.
- Apriadji, W. (1986), *Gizi Keluarga*, Penerbit Penebar Swadaya, Jakarta.
- Arikunto. S, (1995), *Manajemen Penelitian*, Penerbit Rieneka Cipta Karya, Jakarta.
- Azwar. S, (1988), *Sikap Manusia, Teori dan Pengukurannya*, Penerbit PT Pustaka Pelajar, Yogyakarta.
- Bandura. A, (1977), *Self-efficacy : Toward a Unifying Theory of Behavioral change*. *Psychological Review*, Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall.
- Bandura. A, (1977), *Social Learning Theory*, Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall.
- Berkowitz. L, (1972), *Social Psychology*, Glenview, Scott and Company.
- Brigham, Chacioppo, (1990), *Social Psychology*, 2 nd edition, Newyork, Harper Collins Publishers.
- Brotoseno, (2000), *Hubungan Pelatihan Asuhan Persalinan Dasar Bagi Bidan dengan Kasus Rujukan di RSUD dr. M Ashari Pematang*, Tesis, UI, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, (1982), *Sistem Kesehatan Nasional*, Depkes RI, Jakarta.

Departemen Kesehatan RI, (1992), *Pedoman Bidan di Tingkat Desa*, Depkes RI, Jakarta.

Departemen Kesehatan RI, UNICEF, (1996) *Situasi Anak-anak Indonesia*, Depkes RI, Jakarta.

Departemen Kesehatan RI, (1996), *Pedoman Pelatihan Perlindungan Ibu Secara Terpadu Paripurna Menuju Rumahsakit Sayang Ibu*, Depkes RI, Jakarta.

Departemen Kesehatan RI, (1998), *Mengenal Masalah Kematian Ibu*, Depkes RI, Jakarta.

Departemen Kesehatan RI, POGI, IBI, JHPIGO, PRIME, (1998), *A District Performance and Training Need Assessment For Essential Obstetric Care* ; Central Java, East Java.

Departemen Kesehatan RI, (1999), *Pedoman Tehnis Terpadu Audit Maternal Perinatal*, Dirjen Yanmed Dirjen PKM, Jakarta.

Depkes RI, JNPK-KR, JHPIGO, PRIME, (1999), *Buku Acuan Pelatihan Asuhan Normal*, Jakarta.

Departemen Kesehatan RI, (1999), *Identifikasi Peran Masing-masing Tingkatan Dalam Sistem Rujukan*, Proyek Peningkatan Pelayanan Kesehatan Masyarakat, Safe Motherhood, Jakarta.

Departemen Kesehatan RI, IBI, ICM , (2000), *Kompetensi Bidan di Indonesia*, Jakarta.

Departemen Kesehatan RI, Tim PKK Pusat, (2000), *Pengenalan Tanda Bahaya Pada Kehamilan , Persalinan dan Nifas*, Jakarta.

Departemen Kesehatan RI, (2001), *Paket Informasi Program Safe Motherhood di Indonesia* , Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat, Jakarta.

Departemen Kesehatan RI, WHO, (2001), *Safe Motherhood, Modul Dasar Bidan di Masyarakat*, Jakarta.

Departemen Kesehatan RI, (2001), *Modul Pelatihan Asuhan Persalinan Normal*, Proyek Safe Motherhood, Jakarta.

Departemen Kesehatan RI, (2002), *Paket Informasi Program Safe Motherhood di Indonesia*, Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat, Jakarta.

Departemen Kesehatan RI, (1999), *Pedoman Pelaksanaan Program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK)*, Modul bagi Bidan di Desa, Direktorat Binkesmas, Jakarta

Dinas Kesehatan Kabupaten Pemalang (2001), *Laporan Tahunan Proyek Safe Motherhood*, Pemalang.

Dinas Kesehatan Kabupaten Pemalang, (2001), *Gerakan Sayang Ibu Berorientasi Keselamatan*, Pemalang.

Fishbein, M, and Ajzen, (1975), *Introduction to Theory and Research*. Massachuset : Adison Weshley Publishing Co.

Green. L W, & Kreuter M. W, (1991), *Health Promotion Planing ; An Educational and Environment Approach* (2nd Edituion), Mountenview, C A ; Maufield.

Greenly & Baron, R.A. (1990), *Behavior in Organitation Practice*, Hall International inc, New Jersey.

Gufron, M. (1997), *Menjaga Mutu Pelayanan Bidan Desa*, Pusat Penelitian Kependudukan UDM, Yogyakarta.

Handayani, L. (1997), *Menuju Pelayanan Persalinan Terpadu*, Pusat Penelitian Kependudukan Universitas Gadjah Mada dengan Ford Foundation, Yogyakarta.

Istiarti, T. (1994), *Pemanfaatan Bidan Desa dalam Perawatan Kehamilan dan Persalinan*, Pusat Penelitian Kependudukan UGM, Yogyakarta.

Kantor Menteri Negara Urusan Peranan Wanita (1996), *Rumusan Lokakarya Percepatan Penurunan Angka Kematian Ibu*, Bogor.

Kasmiayah, N, (1983), *Pengambilan Keputusan Dalam Pemeliharaan Sistem Pengobatan Khususnya Penanggulangan Penyakit Anak-anak Pada Masyarakat Pedesaan Jawa*, Tesis, Fakultas Pasca Sarjana Universitas Indonesia, Jakarta.

Kartono. K, (1990), *Psikologi Umum*, Penerbit Mandar Maju, Bandung.

Kasnodiharjo, (1998), *Perilaku Hidup Sehat dan Pengaruhnya Terhadap Lingkungan dan Kesehatan Keluarga*, Health Research seri 9 , Bagian Perpustakaan dan Informasi Kesehatan , Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Jakarta.

Mantra, I. B. (1985), *Perencanaan Penyuluhan Kesehatan Masyarakat*, Dirjen Binkesmas Depkes RI, Jakarta.

Murti Bisma, (1996), *Penerapan Metode Statistik Non Parametrik Dalam Ilmu-ilmu Kesehatan Masyarakat*, Penerbit PT Gramedia, Jakarta.

Noto Atmodjo, S, (1993), *Pengantar Pendidikan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*, Andi Offset, Yogyakarta.

Pratiknya. W, (1986), *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Kedokteran dalam Kesehatan*, Penerbit Rajawali, Jakarta.

Pusat Pelatihan Klinik Primer-Kesehatan Reproduksi, Rumahsakit M Ashari (1999), *Pelatihan Asuhan Normal (APN)*, Pemaslang.

Rondiyah dkk, (1999), *Peran Suami dan Anggota Keluarga lain Dalam Keputusan Perujukan Persalinan*, Pusat Penelitian Kesehatan, Lembaga Penelitian Undip, Semarang.

Rosenstock, I.M, Strecker & Becker, (1988), *Social Leaving Theory and the Health Belief Model*, Health Educational Quanterly.

Santosa, S, (2000), *Statistik Parametrik (buku latihan SPSS)*, PT Elex Media Komputindo, Gramedia, Jakarta.

Sastrowijoto. S, (1996) *Sistem Rujukan Dalam Kerangka Pendidikan Kedokteran Kesehatan*, Makalah Seminar Rujukan, UGM, Yogyakarta.

Tajibnapis, (1994), *Evaluasi dan Masukan Bagi penyempurnaan Kebijakan Bidan di Desa dan Pelaksanaannya dari Sudut Pengembangan Jabatan dan Karier*, kantor Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara, Jakarta.